

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

L'implication dans le traitement et la récidive des agresseurs sexuels adultes

par
Anouk Marchand

École de criminologie
Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en criminologie

Avril 2008

© Anouk Marchand, 2008



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
L'implication dans le traitement et la récidive des agresseurs sexuels adultes

présenté par :
Anouk Marchand

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Franca Cortoni
président-rapporteur

Jean Proulx
directeur de recherche

Andrew Harris
membre du jury

Sommaire (français)

L'objectif de cette étude consiste à vérifier si la reconnaissance du délit (reconnaissance des faits, de la responsabilité et des conséquences), la connaissance des stratégies de prévention de la récidive (connaissance du cycle de passage à l'acte, des situations à risque de récidive et des solutions de rechange au passage à l'acte) et la collaboration/motivation au traitement permettent de prédire la récidive chez des agresseurs sexuels adultes. Trois types de récidive (sexuelle, violente et générale) ont été répertoriés après une période de suivi moyenne de 7,5 ans chez 401 agresseurs sexuels ayant purgé une peine d'incarcération fédérale. Pour chacun des participants, des données relatives au traitement suivi en délinquance sexuelle ont été colligées à partir des données officielles figurant dans le Système de gestion des détenus du Service correctionnel du Canada (SGD). Les résultats des analyses statistiques indiquent que seule la qualité de la collaboration/motivation au traitement permet de prédire la récidive sexuelle et générale, et ce, après avoir contrôlé les différences préexistantes entre les participants quant aux prédicteurs statiques de la récidive (STATIQUE-99) et l'issue du traitement (programme non complété ou échec). Ainsi, on n'observe aucun lien statistiquement significatif entre les variables de reconnaissance des faits et de connaissance des stratégies de prévention de la récidive et les trois types de récidive. Ces résultats concordent partiellement avec ceux de Hanson et Harris (2000), lesquels indiquent que la non-collaboration au traitement est un des meilleurs prédicteurs de la récidive chez les agresseurs sexuels.

Mots-clés : agresseur sexuel; traitement; récidive; cibles d'intervention

Sommaire (anglais)

The objective of this study was to determine whether admission of the crime (admission of the facts, acceptance of responsibility for the crime, recognition of the consequences for the victim), knowledge of relapse-prevention strategies (knowledge of the offending cycle, high-risk situations, prosocial coping skills), and treatment motivation and collaboration are predictors of recidivism among adult sexual aggressors. Three types of recidivism (sexual, violent, overall) were assessed after a mean follow-up period of 7.5 years among 401 sexual aggressors having served a federal sentence. For each participant, data on treatment received for sexual offending was collected from the Correctional Service of Canada's Offender Management Systems (OMS). The level of treatment motivation/collaboration was the only statistically significant predictor of sexual and overall recidivism, after controlling for pre-existing differences between participants with regard to static predictors of recidivism (STATIC-99) and treatment outcome (program completed/not completed or failed). No statistically significant association was observed between variables related to the admission of the crime and knowledge of relapse-prevention strategies, on the one hand, and any of three types of recidivism, on the other. These results agree in part with those of Hanson and Harris (2000), who reported that low treatment collaboration was one of the best predictors of recidivism among sexual aggressors.

Keys words: sexual offender; treatment; recidivism; treatment target

Table des matières

SOMMAIRE (FRANÇAIS).....	III
SOMMAIRE (ANGLAIS).....	IV
TABLE DES MATIÈRES	V
REMERCIEMENTS.....	VII
INTRODUCTION	1
CONTEXTE THÉORIQUE.....	5
PORTRAIT DES TRAITEMENTS EN DÉLINQUANCE SEXUELLE.....	10
<i>LE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE</i>	10
<i>LA PSYCHOTHÉRAPIE TRADITIONNELLE</i>	14
<i>LE TRAITEMENT COMPORTEMENTAL</i>	18
<i>LE TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL</i>	22
<i>LE TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL ET L'APPROCHE DE LA</i> <i>PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE</i>	26
<i>LES MÉTA-ANALYSES</i>	33
<i>LES COMPOSANTES DU TRAITEMENT</i>	36
Les études sur l'abandon du traitement	37
Les études sur le déni.....	39
Les études sur la responsabilité.....	40
Les études sur l'empathie.....	41
Les composantes de la prévention de la récidive.....	42
La collaboration/motivation durant le traitement	44
<i>PROBLÉMATIQUE</i>	46
Objectif principal	46
Objectifs particuliers.....	46

MÉTHODOLOGIE.....	47
ÉCHANTILLON.....	48
COLLECTE DES DONNÉES	48
MESURE	49
STRATÉGIES D'ANALYSE	52
ARTICLE SCIENTIFIQUE.....	55
CONCLUSION.....	75
RÉFÉRENCES	87
ANNEXE	102

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mon directeur de maîtrise, monsieur Jean Proulx, qui a su me transmettre sa passion pour la recherche. Votre disponibilité, vos encouragements et vos judicieux conseils ont grandement contribué à mener à terme ce projet d'envergure. Jean, vous êtes un directeur et une personne exceptionnels. J'espère pouvoir compter pendant encore longtemps parmi les privilégiés qui travaillent avec toi.

Je souhaite remercier mon conjoint, Étienne Dubois, pour sa présence tout au long de ce parcours. Tu as su me rassurer et me soutenir dans les moments difficiles, m'encourager et me prodiguer des commentaires éclairants.

Je transmets mes remerciements à mes collègues et amis qui ont participé à ma collecte de données, Chantale, Claudia, Sébastien et Catherine. Plus particulièrement, ma coordonnatrice de projet et amie, Stéphanie Béliveau, qui m'a enseigné l'art de conduire un projet de recherche avec discipline et humour. Merci aussi à Jacques Bigras, qui a permis la collecte de données pour cette étude.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance aux employés du Centre de recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal, spécialement aux statisticiens Jean-François, Nancy et Julie.

Finalement, je remercie mes parents, Pierre et Lucie, mes beaux-parents, Francine et Michelin, mes amies, Amélie, Catherine, Malika et Karou, pour leur soutien moral.

Il importe de souligner la contribution du CRSH, du FQRSC et du CICC pour leur appui financier.

Introduction

Les crimes à caractère sexuel ont toujours suscité un intérêt particulier. L'importance accordée au problème de l'agression sexuelle s'est toutefois grandement intensifiée au cours des deux dernières décennies. Cette préoccupation croissante est attribuable à divers changements sociaux et législatifs. Ainsi, au cours des années 1970 et 1980, le mouvement féministe a eu un impact majeur sur les sociétés occidentales et on a vu apparaître une multitude d'organismes venant en aide aux victimes d'abus (Centre d'aide aux victimes d'actes criminels, 2007). Ce mouvement a fortement encouragé la dénonciation des infractions à caractère sexuel. Il a également favorisé divers changements législatifs en matière d'agression sexuelle (projet de loi C-127) (Kong, Johnson, Beattie et Cardillo, 2003). À la suite des modifications apportées à la loi en matière de délinquance sexuelle dans les années 1980 et en raison de l'importance accordée à ce sujet par les médias, le nombre d'agressions sexuelles rapportées à la police a considérablement augmenté. En effet, de 1983 à 1993, le nombre d'infractions sexuelles signalées annuellement à la police est passé de 14 872 à 38 925 (Kong, Johnson, Beattie et Cardillo, 2003). Conséquemment, le nombre d'agresseurs sexuels s'est également accru dans les établissements carcéraux, entraînant une intensification des besoins de traitement. Une étude de la Direction de la recherche du Service correctionnel du Canada réalisée en 1991 (Service correctionnel du Canada, 1991) indiquait que le nombre de délinquants sexuels incarcérés dans les établissements fédéraux avait grandement augmenté comparativement aux autres types de délinquants, passant de 10,6 % de la population carcérale en 1986-1987 à 12,4 % en 1991. Les données récentes indiquent qu'en 2003-2004, le nombre d'admissions des délinquants sexuels dans les établissements fédéraux était de 440 sur un total de 4 226 admissions, soit 10,4 % de

l'ensemble des admissions (Statistique Canada, 2005). Malgré la diminution du nombre d'admissions depuis 1991, le Service correctionnel du Canada a dû mettre sur pied plusieurs programmes de traitement afin de répondre à la demande croissante (Gordon et Porporino, 1990).

Le public réclame des mesures afin d'empêcher les agresseurs sexuels de récidiver. Parmi ces mesures, certaines sont d'une valeur éthique douteuse, telles la castration physique et la peine de mort. D'autres mesures, comme l'incarcération à vie, se révèlent sans doute efficaces, mais on peut s'interroger sur leur valeur sur le plan éthique. Finalement, la mise en place de programmes de traitement dans le cadre d'une sentence d'incarcération constitue une solution qui respecte les droits des détenus tout en protégeant le public.

Les programmes de traitement destinés aux agresseurs sexuels peuvent être regroupés sous trois grandes approches, chacune d'elle ayant prédominé durant un certain temps (Wood, Grossman et Fichtner, 2000). Avant les années 1960, les approches privilégiées consistaient en des psychothérapies de type psychanalytique ou humaniste. L'impact de ce type de traitement sur la réduction des taux de récidive s'est avéré plutôt décevant (Romero et Williams, 1983). Toutefois, ces premiers programmes de traitement ont permis de confirmer que les agresseurs sexuels avaient la capacité à s'engager en traitement et ont par la suite favorisé le développement d'autres types de traitements (Laws et Marshall, 2003). Ainsi, au cours des années 1960 et 1970, l'approche comportementale s'est imposée dans le traitement des agresseurs sexuels. Différentes techniques comportementales visant à augmenter l'excitation sexuelle non déviante et à réduire l'excitation sexuelle déviante sont apparues. Comme dans le cas des traitements psychanalytiques, l'efficacité des traitements comportementaux n'est guère encourageante (Hall, 1996). La compréhension de la délinquance sexuelle évoluant, on trouve d'autres causes à l'agression sexuelle, en plus de l'excitation sexuelle déviante. Il en résulte que des éléments cognitifs (gestion de la colère, développement des habiletés sociales) sont intégrés au traitement de la délinquance sexuelle. À partir de la fin des années 1970, on privilégia une approche multimodale dite cognitivo-comportementale. Cette

approche est toujours d'actualité dans le traitement des agresseurs sexuels un peu partout dans le monde (Marshall, Fernandez, Hudson et Ward, 1998). Contrairement aux approches antérieures, l'approche cognitivo-comportementale a une efficacité démontrée par des résultats empiriques (Rice et Harris, 2003). En effet, les résultats de multiples méta-analyses indiquent que le traitement cognitivo-comportemental est plus efficace afin de réduire les taux de récidive chez les agresseurs sexuels que les approches psychanalytiques ou comportementales (Hall, 1995; Kenworthy, Adams, Bilby, Brooks-Gordon et Fenton, 2004).

Il est toutefois à noter que les conclusions quant à l'efficacité des programmes de traitements actuels en délinquance sexuelle ne font pas l'unanimité (Rice et Harris, 2003). L'absence de consensus repose sur des problèmes méthodologiques liés à l'évaluation des programmes de traitement. En effet, l'évaluation des traitements pour agresseurs sexuels est particulièrement complexe en raison de problèmes liés au faible taux de base et à la faible puissance statistique, aux périodes de suivi trop courtes, à la mesure de la récidive variable (sources de données officielles et non officielles) et aux devis de recherche (avec ou sans assignation aléatoire des sujets) (Rice et Harris, 2003). Or, malgré l'absence d'un consensus parmi les chercheurs dans le domaine de la délinquance sexuelle, il semble que la plupart des résultats convergent dans le même sens, soit que le traitement permet de réduire les taux de récidive (Lösel et Schmucker, 2005).

Contexte théorique

L'évaluation des programmes de traitement en délinquance sexuelle est une tâche particulièrement complexe. La méthode considérée comme étant le *gold standard* dans l'évaluation de l'efficacité des traitements en délinquance sexuelle, est sans contredit l'assignation aléatoire des sujets à un groupe expérimental et à un groupe témoin (Collaborative Outcome Data Committee, 2007). Il en découle que lorsque le groupe expérimental présente un taux de récidive plus faible que celui du groupe témoin, cette différence peut être attribuable à l'effet bénéfique du traitement. Néanmoins, ce devis de recherche ne garantit pas que les groupes sont comparables. Comme le mentionnent Rice et Harris (2003), l'assignation aléatoire assure simplement que les différences entre les groupes ont été réparties au hasard. Pour un groupe de chercheurs, dont Quinsey et ses collègues (Quinsey, Harris, Rice, et Lalumière, 1993), l'efficacité des programmes de traitement en délinquance sexuelle n'a pas encore été confirmée ou infirmée, étant donné le manque de rigueur scientifique des méthodes d'évaluation employées dans la vaste majorité des études, c'est-à-dire l'absence d'assignation aléatoire des sujets. Toutefois, d'autres chercheurs, particulièrement Marshall (1993, Marshall et Pithers, 1994), considèrent l'utilisation de ce schème de recherche comme étant non éthique. Pour eux, malgré la reconnaissance de la supériorité scientifique de cette méthode, le sort des victimes potentielles demeure la priorité : « *If sex offenders are denied treatment, not only does the public get very angry, the innocent people who are their potential victims may suffer.* » (Marshall, 1993, p. 528).

Afin de pallier ces contraintes éthiques, les chercheurs ont dû faire preuve d'imagination d'un point de vue méthodologique (Miner, 1997). Les nouveaux devis, appelés « quasi expérimentaux », ont été largement utilisés dans l'évaluation des

traitements des délinquants sexuels. Les devis quasi expérimentaux impliquent de comparer un groupe de sujets traités avec un groupe de sujets non traités, sans qu'il n'y ait eu d'assignation aléatoire des sujets. Il existe une variété de devis de recherche appartenant à cette catégorie. L'*incidental cohort design* (devis de recherche utilisant un groupe improvisé de sujets, ou échantillonnage accidentel) consiste à comparer un groupe de sujets traités avec un groupe de sujets qui n'ont pas suivi le traitement pour diverses raisons (traitement non offert dans leur région et traitement non implanté au moment de leur incarcération) (Harkins et Beech, 2007). Une limite liée à ce type de devis de recherche est l'impact possible du facteur temps, lequel peut contribuer à biaiser les résultats. En effet, lorsque des cohortes de délinquants suivis sur des périodes distinctes sont comparées (un groupe expérimental et un groupe témoin), des changements peuvent survenir dans le temps, par exemple des modifications législatives. Ces changements peuvent entraîner des différences entre les cohortes qui ne sont pas attribuables au traitement et qui sont donc susceptibles de biaiser les résultats (Miner, 1997). De plus, Quinsey et coll. (1993) ont souligné que l'inclusion de sujets qui n'ont pu participer au traitement en raison de la distance géographique peut indiquer une différence de niveau de motivation entre les sujets traités et ceux qui ne sont pas traités.

Certains chercheurs utilisent la *technique d'appariement*. Ils comparent alors un groupe de sujets traités avec un groupe de sujets non traités qui est similaire au point de vue des facteurs liés à la récidive, tels que l'âge des sujets et les antécédents criminels. Le problème avec ce type de méthode est l'imperfection qu'elle introduit dans les procédures d'appariement entre les deux groupes (Rice et Harris, 2003). En effet, malgré la minutie des chercheurs dans l'appariement des sujets, il est pratiquement impossible d'obtenir une association parfaite entre les sujets des deux groupes (traités et non traités), et ce, pour tous les facteurs liés à la récidive (par exemple, il peut s'avérer difficile d'obtenir deux sujets ayant le même âge et le même nombre d'antécédents criminels de même nature)

Une autre méthode d'évaluation des traitements en délinquance sexuelle consiste à contrôler statistiquement les différences entre les groupes de sujets traités

et les sujets non traités. Par exemple, deux groupes de sujets seront comparés quant à leurs taux de récidive, mais en ayant préalablement neutralisé leur niveau de risque de récidive (évalué au moyen d'outils actuariels, par exemple le STATIQUE-99) ainsi que les périodes de suivies variables (Harkins et Beech, 2007).

Lorsqu'il est impossible d'obtenir un groupe témoin, certains chercheurs utilisent la *méthode descriptive*. Il s'agit de suivre un groupe de sujets sur une période de temps déterminée et de rapporter les taux de récidive. La limite de ce devis de recherche est qu'il est impossible d'affirmer que le traitement suivi a eu un impact sur la récidive étant donné l'absence d'un groupe de comparaison (Harkins et Beech, 2007).

Certains chercheurs ont évalué l'effet du traitement sous un angle différent. Ils jugent des progrès des participants en traitement en comparant leurs résultats prétraitement et post-traitement à différents tests psychométriques. Toutefois, l'absence de groupe témoin ne permet pas d'attribuer les changements uniquement au traitement. Par exemple, les différences peuvent être le résultat du passage du temps (maturation due à l'âge ou à l'incarcération des sujets). Harkins et Beech (2007) mentionnent également que la qualité discutable de certains des instruments psychométriques utilisés peut limiter l'efficacité de ce devis de recherche. De plus, McConaghy (1999) affirme qu'une amélioration positive par rapport aux cibles de traitement ne signifie pas nécessairement que le traitement est efficace, c'est-à-dire qu'il entraîne une baisse du taux de récidive. En effet, comme le mentionne Hanson (1997), « *the analysis of within-treatment changes, however, must be accompanied by the follow-up research needed to determine whether the factors targeted in any treatment program are indeed recidivism risk factors* » (p. 142).

On retrouve également la méta-analyse parmi les différentes stratégies de recherche. Cette méthode consiste à combiner plusieurs études à partir de critères précis. Par exemple, la sélection des études s'effectuera en fonction des devis de recherche utilisés (avec ou sans groupe de comparaison), des caractéristiques des sujets (âge, type d'agresseur sexuel), des périodes de suivi des participants, des sources d'information relative à la collecte des données (sources officielles ou non

officielles) et de la période à laquelle l'étude a été conduite (études ayant été réalisées après les années 1990). Cette méthode est avantageuse puisqu'elle permet d'augmenter la puissance statistique que certaines études individuelles ne possèdent pas (Cucherat, 2006). Le problème lié à cette méthode réside dans les critères de sélection des études (Cucherat, 2006). En effet, différents biais de sélection des études incluses dans une méta-analyse diminueront l'efficacité de ce devis de recherche. Le biais de publication en est un exemple. La méta-analyse suppose l'inclusion de toutes les études réalisées sur un sujet précis. Or, la non-inclusion d'études non publiées (en raison notamment de l'absence de résultats significatifs) peut biaiser les résultats (Cucherat, Boissel et Leizorovicz, 1997). L'utilisation d'une seule base de données dans la sélection des études et la sélection d'études sur la base d'une seule langue (par exemple, les études publiées en anglais), biaiseront également les résultats puisque plusieurs études seront absentes de la méta-analyse. En outre, la méta-analyse ne comportera des résultats valides que si elle repose sur des études de qualité (Cucherat, 2006).

En plus des difficultés liées aux devis de recherche, d'autres obstacles sont présents dans l'évaluation des programmes de traitement pour agresseurs sexuels. En effet, les faibles taux de base constituent un important problème (Barbaree, 1997; Rice, Harris et Quinsey, 1990). Le taux de base est le pourcentage de délinquants sexuels qui récidivent pendant une période de suivi déterminée (Proulx, Tardif, Lamoureux et Lussier, 2000). Malgré la croyance populaire, les taux de récidive officiels des délinquants sexuels sont relativement bas (Hanson, 1997). Les méta-analyses les plus récentes présentent des taux de base variant de 12 % à 13,4 % (Hanson et Bussière, 1998; Hanson et Morton-Bourgon, 2005; Lösel et Schmucker, 2005). Lorsque les taux de base sont trop faibles, il devient difficile de détecter un lien statistiquement significatif entre des prédicteurs et l'occurrence ou non d'une récidive (Barbaree, 1997; Friendship et Thornton, 2001). Comme solution à ce problème, Friendship et Thornton (2001) suggèrent de réaliser une étude auprès d'un échantillon relativement important et de suivre cet échantillon sur une période relativement longue, ce qui augmente le nombre de récidivistes. Quinsey, Harris, Rice et Cormier (1998) suggèrent une période de suivi minimale de cinq ans afin

d'obtenir un taux de base suffisant pour réaliser des analyses statistiques ayant une puissance adéquate. Pour augmenter le taux de base, ils suggèrent d'utiliser les données non officielles sur la récidive. Ces moyens permettraient d'augmenter les taux de base et, par conséquent, de détecter des relations statistiquement significatives entre certains prédictors et la récidive. Cependant, ces conditions sont souvent impossibles à réaliser étant donné les coûts financiers importants qu'elles engendrent.

Malgré les limites méthodologiques, les résultats des études sur l'efficacité des traitements destinés aux agresseurs sexuels convergent vers une évaluation positive de certains d'entre eux. Ainsi, nous poursuivons avec les études sur l'efficacité des programmes de traitement pharmacologiques, psychologiques traditionnels, comportementaux, cognitivo-comportementaux et finalement, avec les traitements basés sur l'approche de la prévention de la récidive.

PORTRAIT DES TRAITEMENTS EN DÉLINQUANCE SEXUELLE

LE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Avant l'apparition des traitements pharmacologiques, on traitait les délinquants sexuels par la castration physique. C'est en 1855, au Kansas, États-Unis, qu'elle fut utilisée pour la première fois dans un contexte judiciaire (Stürup, 1972). Par la suite, plusieurs pays ont adopté cette pratique afin de traiter les délinquants sexuels. Stürup (1972) a rapporté six études européennes réalisées entre les années 1960 et 1970 et portant sur l'évaluation de l'impact de la castration physique sur les taux de récidive des agresseurs sexuels. Au total, 3 120 délinquants sexuels avaient été castrés et, parmi ceux-ci, seulement 70 ont récidivé (2,2 %). Meyer et Cole (1997) ont suivi la même démarche que Stürup, mais en intégrant dans leur recension des études plus récentes. Ces auteurs présentent onze études sur la récidive post-castration chez 3 589 délinquants sexuels. Ils rapportent un taux de récidive similaire à celui présenté par Stürup, soit 2,2 %. Cependant, Meyer et Cole (1997) soulignent plusieurs biais méthodologiques concernant les différentes études réalisées sur l'évaluation de l'impact de la castration physique sur la réduction des taux de récidive. En effet, ces

études ne présentent pas de comparaison avec un groupe témoin de délinquants qui n'auraient pas subi la castration physique. De plus, étant donné que l'homosexualité était considérée comme une déviance sexuelle au moment où ces études ont été conduites, plusieurs homosexuels ont été inclus dans les échantillons (Marshall, Jones, Ward, Johnston et Barbaree, 1991). Or, ceci constitue un biais d'échantillonnage important et limite l'interprétation des résultats, puisque aujourd'hui ceux-ci ne sont plus considérés comme des délinquants sexuels. Malgré tout, Rösler et Witzum (2000) mentionnent : « *it is worthwhile to mention however, that post-castration recidivism rates are among the lowest rates for all forms of treatment for paraphilias.* » (p. 44).

Bien que la castration physique soit associée à un très faible taux de récidive, cette pratique est désormais très peu utilisée en raison de considérations éthiques. En effet, dans certains pays, cette intervention est considérée comme un châtiment cruel et inhumain (Prentky, 1997), et ce, particulièrement en raison de son irréversibilité.

Au début du XX^e siècle, diverses méthodes d'intervention pharmacologiques ont fait leur apparition comme solution de rechange à la castration physique dans le traitement des délinquants sexuels. Au cours des années 1930, les délinquants sexuels étaient considérés comme des malades mentaux au même titre que les schizophrènes. Ainsi, ils recevaient le même type de médication, soit des convulsivants (Gagné, 1993). Quelques décennies plus tard, ce sont les neuroleptiques qu'on administrait aux délinquants sexuels. Toutefois, en raison des multiples effets secondaires irréversibles associés à ce type de médicaments (dyskinésie tardive, symptômes extrapyramidaux), ceux-ci furent de moins en moins utilisés (Gagné, 1993). Il reste que certains délinquants sexuels souffrant aussi de troubles mentaux reçoivent encore aujourd'hui ce type de médication (Glaser, 2003). On expérimenta également l'œstrogène, une hormone sexuelle femelle. Cette hormone a démontré son efficacité dans la réduction du désir sexuel chez les hommes présentant des paraphilies. Cependant, tout comme les neuroleptiques, cette substance entraîne des effets secondaires importants (nausées, féminisation du corps, cancer du sein) qui ont entraîné une diminution de son emploi (Prentky, 1997).

Depuis les années 1960, la méthode pharmacologique la plus utilisée afin de traiter les paraphilies est l'hormonothérapie ou la castration chimique. La prémisse de base de cette méthode est que les hommes souffrant de troubles paraphiliques présenteraient des taux de testostérone (catégorie d'androgènes) plus élevés que la normale (Rösler et Witztum, 2000). Ainsi, en administrant un antiandrogène, on réduit considérablement les taux de testostérone et, par le fait même, les fantaisies et les comportements sexuels déviants (Rösler et Witztum, 2000). Il existe présentement trois types de médicaments qui sont largement utilisés pour la castration chimique : l'acétate de cyprotérone (Androcur), l'acétate de médroxyprogestérone (Depo-Provera) et la gonadolibérine (Gn-RH). Ces antiandrogènes sont administrés sous forme de comprimés oraux ou par injection intramusculaire et la durée du traitement est minimalement de six mois (Gagné, 1993). Le traitement hormonal peut dépasser cette période, sa continuation étant fonction de la recrudescence des fantaisies ou des comportements sexuels déviants. L'administration des antiandrogènes peut être interrompue en raison de l'ampleur excessive des effets secondaires (Gagné, 1993). Le traitement hormonal est un adjuvant d'autres méthodes de traitement des paraphilies. Ainsi, comme le mentionne Prentky (1997), l'hormonothérapie ne devrait jamais être une méthode de traitement exclusive, puisque ce type d'intervention n'a pas d'impact sur les autres facteurs qui ont précipité une agression sexuelle (ex. : déficits quant aux habiletés sociales). Ainsi, elle devrait être accompagnée d'une thérapie. En outre, Glaser (2003) indique que les délinquants sexuels qui devraient recevoir un traitement hormonal sont ceux qui : 1) présentent des fantaisies sexuelles déviantes envahissantes et qui n'ont pu répondre à d'autres types d'intervention ou qui les ont refusés et 2) ceux qui présentent des comportements particulièrement violents tels les meurtres sexuels (Bradford, 2007).

Meyer et Cole (1997) ont recensé sept études ayant évalué les taux de récidive chez des délinquants sexuels qui ont reçu de l'acétate de cyprotérone (Androcur). Pour les 127 délinquants sexuels ayant été suivis entre 1 an et 4 ans après le début du traitement pharmacologique, les auteurs mentionnent un taux de récidive d'environ 6 %. En ce qui concerne l'acétate de médroxyprogestérone (Depo-Provera), ces mêmes auteurs ont recensé onze études. Un total de 334 délinquants sexuels a été

suivi entre 6 mois et 13 ans. Parmi ces sujets, 27 % ont récidivé. Ces résultats indiquent que le Depo-Provera permet de réduire les taux de récidive, puisque les taux de récidive moyens des groupes témoins étaient de plus de 50 %.

Plus récemment, Maletzky, Tolan et McFarland (2006) ont comparé trois groupes : 79 délinquants sexuels ayant reçu un traitement hormonal à l'acétate de médroxyprogestérone (Depo-Provera), 55 délinquants sexuels nécessitant un traitement, mais ne l'ayant pas reçu pour différentes raisons, et 141 délinquants sexuels qui n'avaient besoin d'aucun traitement. La période de suivi était de 2 ans. Les résultats de leur étude indiquent que dans le groupe traité, aucun des délinquants sexuels n'a commis de récidive sexuelle. De plus, les taux de récidive générale (5,1 % de nouvelles offenses) et de bris de conditions (13,9 % de violation des conditions) étaient inférieurs à ceux des groupes témoins. Dans le groupe de délinquants sexuels qui avaient besoin d'un traitement mais qui ne l'ont pas reçu, 33 % ont récidivé dont 20 % pour une nouvelle infraction sexuelle.

Les études mentionnées présentent des résultats encourageants quant à l'efficacité des antiandrogènes dans le traitement des délinquants sexuels et la réduction des taux de récidive. Cependant, comme le mentionnent Rösler et Witztum (2000), ces substances doivent être administrées à fortes doses et elles provoquent d'importants effets secondaires (nausées, féminisation du corps, cancer du sein), ce qui limite leur utilisation.

Depuis quelques années, les antidépresseurs sérotoninergiques (SSRI) remplacent les antiandrogènes. Ils sont particulièrement efficaces pour les délinquants sexuels présentant des comportements compulsifs (Glaser, 2003). Les résultats des études trouvées dans la littérature indiquent que l'usage des SSRI permet de réduire la fréquence et l'intensité des fantasmes et des comportements sexuels déviants chez les agresseurs sexuels (Greenberg et Bradford, 1997). Cependant, en raison de l'utilisation récente de cette substance, Rösler et Witztum (2000) indiquent :

(...) in the present state of the art in research on psychotropic medications, especially SSRIs, there is an urgent need for good methodological research and carefully designed prospective double-blind

controlled studies with a large number of subjects, in order to establish whether or not SSRI medications play a beneficial role in the treatment of paraphilia. (p. 51).

Hall (1995) a réalisé une méta-analyse portant sur différents traitements en délinquance sexuelle. La méta-analyse inclut 12 études et comporte un échantillon de 1 313 délinquants sexuels. Les résultats indiquent que le traitement hormonal serait, avec le traitement cognitivo-comportemental (voir la section sur le traitement cognitivo-comportemental), le plus efficace dans la réduction des taux de récurrence sexuelle.

Plusieurs études cliniques ont été réalisées sur l'évaluation de l'impact des antiandrogènes et des antidépresseurs sur la réduction des taux de récurrence des agresseurs sexuels. Toutefois, nombre d'entre elles n'ont pas eu recours à des groupes témoins. De plus, la plupart de ces études comprenaient un nombre restreint de sujets. Ainsi, la portée des résultats est limitée. Quant aux études ayant eu un groupe témoin, la plupart n'ont pas utilisé la méthode à double aveugle, ou à double anonymat. Ce devis expérimental consiste à effectuer la recherche sans que les chercheurs ni les sujets ne sachent quels sujets appartiennent au groupe témoin et lesquels appartiennent au groupe expérimental (Kleist, 2006). En outre, la plupart des études se sont attardées aux effets secondaires provoqués par la prise d'antiandrogènes et aux modifications des pensées et comportements sexuels, alors que bien peu d'études ont analysé l'efficacité de ces produits dans la réduction des taux de récurrence. Finalement, on ne trouve aucune preuve empirique de l'efficacité de la pharmacologie, sans traitement psychologique complémentaire, sur les taux de récurrence sexuelle à long terme (Marshall et Marshall, 2007b).

LA PSYCHOTHÉRAPIE TRADITIONNELLE

Avant les années 1960-1970, les délinquants sexuels étaient traités principalement dans une optique médicale. Ils étaient considérés comme des patients et étaient « soignés » par des psychiatres et des psychologues cliniciens au moyen de psychothérapies individuelles et de groupe (Brecher, 1978). Divers programmes de traitement en délinquance sexuelle expérimentant différentes approches

thérapeutiques ont vu le jour au cours de cette période. L'*Astascadero State Hospital program*, en Californie, a été lancé en 1954 et est un des pionniers dans la prise en charge des agresseurs sexuels. Le programme de traitement fut conçu selon les principes de la thérapie par le milieu. Les patients recevaient des services psychiatriques et psychologiques lors d'une thérapie de groupe, ainsi que l'assistance de travailleurs sociaux, de l'éducation et des services religieux. Ce programme de traitement fut évalué par Frisbie en 1958. Entre 1954 et 1956 (27 mois), 782 délinquants sexuels sont retournés dans la collectivité après avoir suivi le programme de traitement. Parmi ceux-ci, 52 délinquants sexuels ont commis une nouvelle offense sexuelle, soit 7,4 %. Les auteurs mentionnent que ces résultats sont prometteurs en ce qui a trait à la réduction des taux de récidive. Cependant, Wood, Grossman et Fichtner (2000) indiquent que dans cette étude les chercheurs n'ont pas comparé les taux de récidive sexuelle des sujets traités avec ceux d'un groupe témoin afin de déterminer l'efficacité du programme de traitement. Ces auteurs mentionnent également :

Thus, for Astascadero, we can do more than infer that psychoanalytic theory, or psychoanalytic terms were important to treatment. It is clear that much of the "treatment" patients received was directed by other patients, that treatment provided by professional staff was not consistent, and that termination could be determined by population pressure or time in the facility without regard for observed improvement. (p. 31.)

Dans leur recension des écrits, Marshall et coll. (1991) indiquent que les données sur la récidive rapportées par Frisbie à la fin des années 1960 ne démontrent pas l'efficacité de ce type de traitement.

Cabeen et Coleman (1961) ont évalué le *Metropolitan State Hospital program*, un traitement pour délinquants sexuels qui était donné au cours de la même période que l'*Astascadero State Hospital program*. Ce programme de traitement comprenait des modalités thérapeutiques similaires au programme présenté précédemment. On y retrouvait trois approches différentes : la sociothérapie ou la thérapie par le milieu, la psychothérapie de groupe ainsi que des périodes de loisirs et des activités occupationnelles. Des psychiatres et des psychologues dirigeaient les psychothérapies

selon les principes de l'approche psychanalytique et ils effectuaient des interventions de type non directif. Les discussions de groupe portaient généralement sur l'expression des émotions. Le groupe de patients était composé en majorité de pédophiles, d'exhibitionnistes et d'homosexuels. Parmi les 120 délinquants sexuels, 79 ont été libérés de l'hôpital une fois leur traitement complété. La période de suivi variait de 6 mois à 3 ans, avec une moyenne de 17 mois. Le taux de récurrence sexuelle présenté par Cabeen et Coleman (1961) était de 3,8 %. De nouveau, cette étude ne comprenait pas de groupe témoin.

Patch, Halleck et Ehrmann (1962) ont analysé les taux de récurrence sexuelle de délinquants sexuels ayant été traités entre 1951 et 1960 au *Department for diagnostic purposes*. Ce programme de traitement, d'une durée approximative de 14 mois, consistait en des séances de psychothérapie individuelle et de groupe utilisant des approches didactiques, de soutien et introspectives. L'objectif de ces rencontres était d'amener les patients à contrôler leurs impulsions sexuelles et à leur apporter un soutien émotionnel et éducationnel. De plus, les patients avaient accès à des services religieux, de l'éducation ainsi que des loisirs. Au total, 475 agresseurs sexuels ayant suivi le programme de traitement ont obtenu une remise en liberté entre 1951 et 1960 (périodes de suivi variables). Parmi ceux-ci, Patch et coll. (1962) ont rapporté un taux de récurrence sexuelle de 9 %. Encore une fois, cette étude n'avait pas de groupe témoin.

Contrairement aux études antérieures, Peters, Pedigo, Steg et McKenna (1968) ont évalué le *Group Psychotherapy Out-Patient Clinic* au Philadelphia General Hospital en recourant à un groupe témoin. Le traitement consistait en des séances de psychothérapie de groupe au cours desquelles les thérapeutes aidaient les patients à comprendre les relations entre leurs émotions, des stressors externes et leur délit. Les patients étaient amenés à exprimer leurs peurs et leur anxiété de façon adéquate plutôt que par des comportements antisociaux. L'étude comprenait 92 délinquants sexuels (pédophiles, exhibitionnistes, violeurs et homosexuels) ayant suivi le programme de traitement, ainsi que de 75 délinquants sexuels non traités, mais qui ont été suivis en probation. Les délinquants sexuels des deux groupes ont été suivis

sur une période de 2 ans après leur traitement. Les résultats indiquent que le groupe témoin présentait un taux de récidive sexuelle plus important (8 %) comparativement au groupe expérimental (1 %). Peters et coll. (1968) mentionnent que les délinquants sexuels traités avaient davantage d'antécédents en matière d'infractions sexuelles que les délinquants non traités. Ainsi, puisque le groupe traité comptait plus d'antécédents sexuels mais moins de récidives sexuelles, il affirme que la thérapie est efficace afin de réduire les taux de récidive. Toutefois, ils mentionnent certaines lacunes relativement au devis de recherche utilisé pour leur étude, soit l'absence d'assignation aléatoire des sujets ainsi qu'une période de suivi trop courte.

Dans une autre étude, Peters (1966, cité dans Romero et Williams, 1983) a évalué le même programme de traitement, mais cette fois-ci en assignant de façon aléatoire les sujets de la recherche soit à un groupe témoin (surveillance en probation seulement), soit à un groupe expérimental (délinquants sexuels traités et suivis en probation). Après une période de suivi allant de 2 à 3 ans, les résultats obtenus sont différents de ceux de l'étude précédente : les deux groupes présentent des taux de récidive sexuelle d'environ 10 %.

En 1983, Romero et Williams ont réévalué le taux de récidive sexuelle des sujets de l'étude de Peters datant de 1966. Ils les ont suivis sur une période de 10 ans. Les mœurs ayant évolué, l'homosexualité n'était plus considérée comme une déviance sexuelle. Ainsi, ces sujets ont été exclus de l'étude. Les résultats indiquent des taux de récidive sexuelle plus importants dans le groupe traité (13,6 %) comparativement au groupe témoin (7,2 %). Cependant, aucune différence statistiquement significative n'est observée.

Dix (1976) présente lui aussi des résultats similaires. L'échantillon comprenait des sujets traités à l'Astascadero Hospital, en Californie, et des sujets non traités (groupe de convenance). La période de suivi variait de quelques mois à 7 ans. Les délinquants sexuels ayant été traités présentaient des taux de récidive sexuelle plus élevés (20,9 %) comparativement aux délinquants sexuels non traités (11,8 %).

Les premières études sur l'évaluation des programmes de traitement basés sur la psychothérapie traditionnelle indiquaient des effets prometteurs quant à la réduction des taux de récidive chez les délinquants sexuels. Toutefois, la majorité de ces études incluait dans leur échantillon des sujets homosexuels. De plus, les devis de recherche étaient de type descriptif et ne comportaient pas de groupe témoin. En outre, les périodes de suivi étaient généralement de courte durée. Lorsque l'on exclut les homosexuels de l'échantillon, qu'on utilise une assignation aléatoire des sujets ou un groupe témoin et que l'on suit les groupes de délinquants sexuels sur une longue période de temps, l'efficacité des programmes de traitement s'avère en définitive plutôt décevante.

LE TRAITEMENT COMPORTEMENTAL

L'inefficacité des psychothérapies traditionnelles a incité les chercheurs et les cliniciens à concevoir d'autres techniques d'intervention afin de traiter les délinquants sexuels. Ainsi, au cours des années 1960, on voit apparaître les premiers traitements comportementaux. Ceux-ci reposent sur l'hypothèse selon laquelle les comportements sexuels déviants seraient causés par des préférences sexuelles déviantes (McGuire, Carlisle et Young, 1965). Ainsi, en modifiant ces préférences, on éliminerait les comportements sexuels déviants. En conséquence, plusieurs techniques comportementales ont été élaborées afin de modifier les préférences sexuelles déviantes. Ces techniques visent, d'une part, à réduire ou à éliminer l'excitation sexuelle déviante et, d'autre part, à augmenter l'excitation sexuelle non déviante (Grossman, 1985).

Parmi les méthodes visant à réduire l'excitation sexuelle déviante, on trouve des *méthodes aversives* et *non aversives*. Les premières consistent en l'appariement d'un stimulus sexuel déviant (images, fantaisies) à un stimulus inconditionnel aversif (odeur d'ammoniac ou choc électrique), lequel provoque une réponse inconditionnelle d'anxiété. À la suite du couplage entre le stimulus aversif et le stimulus sexuel déviant (stimulus conditionnel), ce dernier devrait susciter une réponse conditionnelle d'anxiété plutôt qu'une excitation sexuelle. On utilise également des méthodes non aversives telle la *rétroaction biologique*, qui consiste à

informer le sujet, au moyen d'un signal (lumière colorée), que ses réponses pénienues sont trop élevées lorsqu'il est exposé à des stimuli sexuels déviants (images, sons). Le sujet doit alors contrôler ses réponses pénienues.

Quinsey, Chaplin et Carrignan (1980) ont réalisé une étude afin de déterminer l'efficacité auprès de 18 pédophiles de la rétroaction biologique combinée à une méthode aversive utilisant les chocs électriques. Les résultats de leur étude indiquent que pour 13 des 18 sujets cette méthode a permis de réduire de façon significative l'excitation sexuelle déviante. La combinaison de ces deux techniques semblerait plus efficace que la seule utilisation de la rétroaction biologique. Cette étude est la seule à avoir démontré de façon empirique l'efficacité de la méthode aversive utilisant les chocs électriques (Marshall et Laws, 2003).

Earls et Castonguay (1989) ont évalué l'efficacité de l'aversion olfactive (utilisation de l'ammoniaque) auprès d'un pédophile bisexuel. L'évaluation phallométrique prétraitement du sujet indiquait qu'il présentait un intérêt sexuel important pour les jeunes filles et les garçons. Cet intérêt sexuel déviant était diminué de façon considérable après le traitement. Les auteurs mentionnent également que ces résultats se sont maintenus lors d'une période de suivi d'une année. Maletzky (1980) avait obtenu des résultats similaires en utilisant la méthode aversive olfactive combinée à la technique du *reconditionnement orgasmique* avec la *sensibilisation voilée* (le sujet doit se masturber en s'imaginant des fantasmes sexuelles déviantes et, au moment de l'éjaculation, il doit s'imaginer un stimulus aversif tel qu'une conséquence négative liée à son délit). L'échantillon à l'étude comprenait 38 pédophiles homosexuels et 62 exhibitionnistes qui ont été suivis sur une période de 3 ans après le traitement. Les résultats indiquent que pour tous les sujets, le traitement comportemental avait permis de réduire de façon significative l'excitation et les comportements sexuels déviants. Parmi les 100 sujets, 8 avaient récidivé (type de récidive non spécifié).

Parmi les techniques visant à réduire l'excitation sexuelle déviante, on trouve également la *satiété masturbatoire*. On demande au sujet de se masturber en pensant à des fantasmes sexuelles non déviantes. Ensuite, il doit continuer à se masturber

durant la période réfractaire post-orgasmique, mais cette fois en imaginant des fantasmes sexuelles déviantes. Marshall (1979) a évalué cette technique auprès de deux pédophiles hétérosexuels. Les résultats présentés indiquent que la satiété masturbatoire a permis de réduire considérablement l'excitation sexuelle déviante.

Il existe également diverses techniques visant à augmenter l'excitation sexuelle non déviante. Parmi celles-ci, on compte le *reconditionnement orgasmique*. Le sujet doit se masturber en imaginant des fantasmes sexuelles déviantes. Puis, au moment d'atteindre l'orgasme, il doit changer ses fantasmes sexuelles déviantes pour des fantasmes sexuelles non déviantes. Marshall (1973) a évalué cette technique auprès de 12 patients (3 homosexuels, 3 fétichistes, 2 violeurs, 2 pédophiles homosexuels et 2 pédophiles hétérosexuels) en la combinant à la technique aversive par chocs électriques. La période de suivi varie de 3 mois à 16 mois. Onze des patients ont rapporté une diminution de l'excitation sexuelle déviante ainsi qu'une augmentation de l'excitation sexuelle non déviante. Parmi ceux-ci, deux patients ont récidivé au cours de la période de suivi.

D'autres techniques comportementales visant l'augmentation de l'excitation sexuelle non déviante ont été utilisées. Le « *fading* » consiste à présenter des images sexuelles déviantes et non déviantes superposées. Peu à peu, l'image sexuelle déviante s'estompe, tandis que l'image sexuelle non déviante devient plus saillante. On trouve également la *désensibilisation systématique*, qui consiste à réduire l'anxiété liée à l'excitation sexuelle non déviante. La première technique fut utilisée avec un nombre limité de délinquants sexuels, tandis que la seconde n'a fait l'objet d'aucune évaluation de son efficacité (Grossman, 1985).

Les résultats des diverses études portant sur l'efficacité des thérapies comportementales semblent encourageants quant à la réduction de l'excitation et des comportements sexuels déviants. Cependant, plusieurs limites méthodologiques doivent être mentionnées. D'abord, la majorité des études que l'on trouve dans la littérature scientifique ont évalué les techniques de modification des préférences sexuelles déviantes sur un nombre restreint de sujets (Grossman, 1985; Hall, 1996). Ensuite, les périodes de suivi sont de moins d'une année dans la plupart des cas et

très peu d'études ont utilisé un groupe témoin ou un groupe de comparaison (Hall, 1996). De plus, certaines études ont inclus dans leur échantillon des sujets homosexuels (ex. : Marshall, 1973). Finalement, ces études incluent rarement des données sur la récidive de leurs sujets.

Dans sa méta-analyse, Hall (1995) a recensé trois études qui ont utilisé un groupe témoin, soit celles de Hanson et Gidycz (1993), de McConaghy, Blaszczynski et Kidson (1988) et de Rice, Quinsey et Harris (1991). Ainsi, 136 pédophiles extrafamiliaux ont participé à l'étude de Rice et coll. (1991). Parmi ceux-ci, 50 ont suivi un programme de traitement comportemental de type aversif au moyen de chocs électriques ainsi que la rétroaction biologique. Après une période de suivi de 6,3 ans, 31 % avaient commis une récidive sexuelle et 43 %, une nouvelle infraction violente ou sexuelle. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les sujets traités et les sujets non traités. Hall (1996) mentionne que dans aucune des trois études incluses dans sa méta-analyse, le traitement comportemental ne s'est avéré efficace afin de réduire la fréquence des comportements sexuels déviants. De plus, les taux de récidive des sujets ayant participé à ce type de traitement s'avéraient plus élevés que les taux des sujets ayant bénéficié d'autres types de traitement ou qui n'en ont reçu aucun.

Hall (1996) propose deux explications pour rendre compte de l'inefficacité des traitements comportementaux. Premièrement, l'inefficacité de ce type de traitement pourrait être tributaire de l'hétérogénéité des délinquants sexuels. En effet, il mentionne que ce ne sont pas tous les délinquants sexuels qui sont motivés par un intérêt sexuel déviant. Ainsi, en traitant uniquement les préférences sexuelles déviantes, le traitement ne s'avérera pas efficace pour certains délinquants chez qui d'autres facteurs n'ont pas été pris en compte (ex. : déficits dans les habiletés sociales, la gestion de la colère et des émotions). Deuxièmement, les traitements comportementaux auraient un effet à court terme lorsque l'agresseur sexuel ne dispose pas des habiletés sociales nécessaires pour accéder à un partenaire sexuel adulte consentant de sexe féminin ou masculin avec lequel il pourrait expérimenter ses intérêts sexuels non déviants.

LE TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL

Marshall (1996) a suggéré d'intégrer l'apprentissage d'habiletés prosociales dans les traitements offerts aux délinquants sexuels. Les habiletés sociales incluent la capacité d'écouter, d'exprimer ses besoins et ses sentiments et de s'affirmer. L'ensemble des habiletés sociales permet d'entrer en contact avec autrui en respectant ses besoins et ses limites ainsi que ceux de l'autre. Selon Marshall, les déficits quant aux habiletés sociales génèrent de l'anxiété dans les relations interpersonnelles. Ainsi, chez les pédophiles, cette anxiété agit comme un obstacle sur le plan interpersonnel et limite le développement de relations intimes. Marshall (1971) rapporte des effets positifs pour un traitement combinant une méthode aversive visant à modifier les préférences sexuelles et un entraînement aux habiletés sociales chez un sujet pédophile. En effet, celui-ci présentait moins d'anxiété lors d'interactions avec les membres du personnel féminins et davantage de contacts spontanés avec des femmes adultes. La généralisation de ces apprentissages implique qu'il utilise les habiletés sociales nouvellement acquises, afin d'accéder à une partenaire sexuelle adulte.

La remise en question des distorsions cognitives qui favorisent l'agression sexuelle a également pris une place importante dans le traitement des délinquants sexuels. Les distorsions cognitives réfèrent aux différentes justifications ou rationalisations utilisées par les agresseurs sexuels relativement à leur délit (ex. : chez un agresseur sexuel d'enfants, le fait que la victime ne montre aucune résistance lors de l'agression serait interprété comme un signe de consentement; chez un agresseur sexuel de femmes adultes, son état d'intoxication avancé viendrait excuser le passage à l'acte). Selon Abel et Rouleau (1986), les distorsions cognitives ne constituent pas la cause principale des passages à l'acte déviant, mais elles servent toutefois au maintien des comportements sexuels déviants. Ainsi, les distorsions cognitives se doivent d'être modifiées en traitement afin d'éviter la réitération des comportements sexuels déviants.

Au cours des années 1980, plusieurs éléments thérapeutiques cognitifs se sont ajoutés aux thérapies comportementales. Les programmes de traitement sont désormais décrits comme étant de type cognitivo-comportemental. De façon générale,

ce type de traitement cible les préférences et comportements sexuels, les compétences sociales et les distorsions cognitives des agresseurs sexuels (Marshall et Barbaree, 1990). Les techniques comportementales sont utilisées afin de modifier les préférences sexuelles déviantes. Les délinquants participent également à divers ateliers de restructuration cognitive et à l'entraînement aux habiletés sociales afin d'avoir les moyens nécessaires à l'établissement d'un réseau social et d'accéder à un partenaire adulte consentant de sexe féminin ou masculin.

Parmi les études portant sur l'efficacité des traitements cognitivo-comportementaux, quatre comportent un groupe de sujets traités et un groupe témoin de convenance, soit celles de Davidson (1984) [citée dans Quinsey, Harris, Rice et Lalumière, 1993], de Marshall et Barbaree (1988), de Rice, Quinsey et Harris (1991) et de Bates, Falshaw, Corbett, Patel et Friendship (2004). Dans l'étude de Davidson (1984), le traitement consistait en des techniques comportementales visant à modifier les comportements sexuels déviantes, l'apprentissage d'habiletés sociales ainsi qu'une psychothérapie axée sur l'introspection. Le taux de récidive générale après une période de suivi de 5 ans était de 11,5 % pour le groupe traité et de 35 % pour le groupe non traité. Néanmoins, les résultats de l'étude indiquent que le traitement est efficace pour les pédophiles, mais peu pour les violeurs. De plus, comme le rapportent Quinsey et coll. (1993), aucune différence significative n'était observée entre les sujets traités et les sujets non traités concernant les taux de récidive sexuelle. En outre, comme le mentionnent Marshall et Barbaree (1990), le groupe témoin était constitué de délinquants sexuels ayant été incarcérés dans le même établissement que les sujets traités, mais avant que le programme de traitement ne soit implanté. Ainsi, selon Marshall et Barbaree (1990), il y a un biais méthodologique associé au groupe témoin puisqu'il est impossible de savoir si les sujets de ce groupe auraient désiré participer au traitement.

Marshall et Barbaree (1988) ont mené une étude auprès de 126 pédophiles intrafamiliaux et extrafamiliaux en se basant sur des données officielles et non officielles. Tous les participants ont été suivis sur une période de 10 ans. Parmi les sujets, 68 ont reçu un traitement cognitivo-comportemental, soit des techniques

comportementales aversives par chocs électriques et le reconditionnement masturbatoire ainsi qu'un entraînement aux habiletés sociales. Le groupe témoin était constitué de pédophiles qui n'ont pu participer au programme de traitement soit parce qu'ils habitaient trop loin du lieu de traitement ou parce qu'ils avaient dans un premier temps désiré participer, puis avaient changé d'avis lors de leur remise en liberté. Le taux de récidive sexuelle non officielle est significativement plus faible (13,2 %) pour les pédophiles traités que chez les sujets non traités (34,5 %). Cependant, aucune différence statistiquement significative n'a été relevée entre le taux de récidive officielle de ces deux groupes (pédophiles homosexuels traités, 5,5 %, et non traités, 17,9 %; pédophiles hétérosexuels traités, 7,5 %, et non traités, 19,2 %; incestueux traités, 2,9 %, et non traités, 7,0 %). Le devis de recherche de cette étude fut critiqué par Miner (1997). Il évoque un biais de sélection relativement au groupe témoin, puisque celui-ci était composé de sujets qui n'ont pas voulu participer au traitement pour une question de transport ou autre. Or, Miner affirme qu'il est possible de croire que ces sujets étaient moins motivés à participer au traitement.

Rice, Quinsey et Harris (1991) ont réalisé une étude auprès de 136 pédophiles extrafamiliaux qui sont dans l'une des trois situations suivantes : ils ont été déclarés non responsables pour troubles mentaux, ils ne souhaitent pas participer à un traitement ou ils sont référés par la Cour. Parmi les participants, 50 ont reçu un traitement de type comportemental (traitement aversif par chocs électriques et rétroaction biologique). La période de suivi était de 6,3 ans. Les résultats de leur étude ne montrent aucune différence statistiquement significative entre les pédophiles traités et les sujets non traités quant aux taux de récidive. En plus du traitement comportemental, 26 sujets ont suivi un cours d'éducation sexuelle, 12 ont participé à un entraînement aux habiletés sociales et 26 ont bénéficié des deux. Les auteurs mentionnent que ces modalités thérapeutiques semblent ne pas avoir eu d'impact sur les taux de récidive (31 % de ceux qui ont eu un entraînement aux habiletés sociales, 46 % de ceux qui ont suivi un cours d'éducation sexuelle et 33 % de ceux qui ont bénéficié des deux ont commis une nouvelle offense sexuelle). Cependant, selon Marshall et Pithers (1994), le traitement dispensé était insuffisant pour ce type de

clientèle à haut risque de récidive. Il n'est donc pas surprenant que les résultats indiquent que le traitement est inefficace. En outre, hormis la thérapie aversive, les composantes du traitement étaient les mêmes que celles données aux autres délinquants incarcérés dans cet établissement. Ainsi, ces composantes thérapeutiques n'étaient pas adaptées à des délinquants sexuels (Marshall et Pithers, 1994). De plus, les deux groupes de sujets (traités et non traités) n'étaient pas comparables puisque les délinquants sexuels traités présentaient des problèmes de santé mentale, alors que les sujets du groupe témoin n'en avaient pas.

Une étude de Bates, Falshaw, Corbett, Patel et Friendship (2004) menée auprès de 183 délinquants sexuels traités au *Thames Valley Project* entre 1995 et 1999, comporte un taux de récidive sexuelle de 5,4 % après une période de suivi de 3,9 années. Ces auteurs ont comparé leurs résultats avec ceux de Hedderman et Sugg (1996, cité dans Bates et coll., 2004). L'étude de Hedderman et Sugg (1996) portait sur 191 délinquants sexuels en probation en 1990 et qui n'avaient pas suivi de programme de type cognitivo-comportemental. Bates et coll. (2004) ont conclu que le traitement s'est avéré efficace dans la réduction des taux de récidive sexuelle parce qu'il est inférieur au taux de 9 % obtenu dans l'étude de Hedderman et Sugg (1996).

À la différence des études qui précèdent, celle d'Abel, Mittelman, Becker, Rathner et Rouleau (1988) ne comporte pas de groupe témoin. Ces chercheurs ont évalué un programme de traitement composé de 90 sessions où on utilise des techniques comportementales (satiété masturbatoire et sensibilisation voilée), des techniques cognitives (restructuration cognitive et éducation sexuelle) et de l'entraînement aux habiletés sociales. Cent quatre-vingt-douze pédophiles ont participé au programme de traitement. Parmi ceux-ci, 98 ont été suivis sur une période d'un an après la fin du traitement. Les résultats concernant la récidive sexuelle indiquent que 12,2 % des pédophiles traités ont récidivé. Il est à noter que cette étude ne comprenait pas de groupe de sujets non traités. De plus, la période de suivi est relativement courte, ce qui laisse supposer une sous-estimation possible du taux de récidive.

LE TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL ET L'APPROCHE DE LA PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE

L'introduction de l'approche de la prévention de la récidive au cours des années 1980 est de loin le développement le plus important en matière de traitement en délinquance sexuelle (Marshall et Laws, 2003). Initialement, le modèle de la prévention de la récidive fut conceptualisé par Marlatt dans le but de traiter les comportements de dépendance tels l'alcoolisme et la toxicomanie (Marshall et Anderson, 1996). Selon George et Marlatt (1989), un style de vie déséquilibré (écart subjectif important entre les obligations et les aspirations de l'individu) entraîne un désir de gratification immédiate. Ce désir d'un plaisir immédiat (alcool ou drogues) conduira l'individu à des décisions apparemment anodines (ex. : acheter une bouteille d'alcool pour la visite). L'individu sera alors placé dans une situation à risque de récidive/rechute. Par la suite, si l'individu adopte une réponse adéquate à cette situation à risque (ex. : remettre les clés du bar à sa conjointe), il diminue ses probabilités de rechute. Toutefois, s'il a recours à des réponses inappropriées (prendre un verre d'alcool), son sentiment d'autocontrôle sera diminué et il y aura violation de la règle d'abstinence (*abstinence violation effect*, AVE). La violation de la règle d'abstinence consiste en une dissonance cognitive chez l'individu entre sa perception de lui-même comme étant abstinent et son écart de conduite (chute, ex. : prendre un verre d'alcool), ce qui entraîne un sentiment de culpabilité. Sien plus l'individu attribue cet écart de conduite à des causes internes (faiblesse personnelle), le risque de rechute (c'est-à-dire un retour à une consommation excessive) sera augmenté. Le modèle de la prévention de la récidive consiste donc à enseigner aux individus aux prises avec des comportements de dépendance, des moyens d'anticiper et de réagir aux situations à risque. Le but ultime est d'amener le délinquant à exercer un autocontrôle sur ses comportements de dépendance. Dans le modèle de la prévention de la récidive, on distingue la chute (*lapse*) de la rechute (*relapse*).

Le modèle de la prévention de la récidive fut par la suite appliqué aux délinquants sexuels par Pithers, Marques, Gibat et Marlatt en 1983 (Marshall et Anderson, 1996). Dans le domaine de la délinquance sexuelle, la chute réfère à une

activité sexuelle déviante non condamnable par la loi (retour à la fantasmatique sexuelle déviante, masturbation en utilisant du matériel pornographique déviant). Dans le cas de la rechute, l'agresseur sexuel commettra de nouveau un délit sexuel (récidive). Le modèle de la prévention de la récidive stipule qu'un délit sexuel ne résulte pas d'une cause unique, mais d'un ensemble de facteurs et d'une série de décisions (Pithers et coll., 1983). L'agression sexuelle est précédée d'une chaîne d'événements, de pensées, de comportements et de fantasies. La chaîne délictuelle proposée par Pithers et coll. (1983) est composée de la séquence suivante : le délinquant ressent un affect négatif (par exemple, un sentiment de dévalorisation), est envahi par des fantasmes sexuels déviants, développe des distorsions cognitives, planifie son délit et, finalement, l'actualise.

Les traitements basés sur ce modèle visent à amener le délinquant sexuel à comprendre sa chaîne délictuelle et à trouver des solutions de rechange aux comportements sexuels déviants. L'application du modèle de la prévention de la récidive diffère quelque peu selon les auteurs (Aubut, 1993; Marshall, Anderson et Fernandez, 1999). Toutefois, de façon générale, la première étape consiste à établir la chaîne délictuelle de chacun des délinquants sexuels, c'est-à-dire les éléments significatifs sur les plans cognitif, comportemental et affectif ayant précédé son passage à l'acte. Ensuite, une fois la chaîne délictuelle clarifiée et comprise par le délinquant, celui-ci, avec l'aide des thérapeutes, trouve des moyens ou techniques afin d'arrêter ce cycle délictuel. De plus, les délinquants apprennent à reconnaître les situations qui les mettraient à risque de récidive. Aujourd'hui, aux États-Unis, au Canada, en Grande-Bretagne, en Australie et en Nouvelle-Zélande, le modèle de la prévention de la récidive fait partie intégrante de la majorité des programmes de traitement destinés aux délinquants sexuels (Marshall et Anderson, 2000).

On trouve dans la littérature quelques études ayant évalué des programmes de traitement comprenant le module de la prévention de la récidive. Ainsi, Bakker, Hudson, Wales et Riley (1998) ont évalué le *Kia Marama treatment programme* de la Nouvelle-Zélande. Ce programme de traitement est offert exclusivement aux agresseurs sexuels d'enfants et est offert dans un établissement pénitencier. L'étude

comparaît 238 pédophiles traités au Kia Marama avec 284 pédophiles non traités ayant été libérés de ce même établissement carcéral entre 1983 et 1987, soit avant que le programme de traitement ait été mis en place. En neutralisant statistiquement les variables démographiques et criminologiques, ainsi que les différences de périodes de suivi des sujets, les résultats de l'étude indiquent un écart statistiquement significatif entre les deux groupes quant aux taux de récidive. En effet, le groupe de pédophiles traités a récidivé en commettant une infraction sexuelle dans une proportion de 10 % comparativement au groupe de sujets non traités (23 %). Il est à noter que le groupe témoin avait participé à des séances individuelles de counselling psychologique.

McGrath, Hoke et Vojtisek (1998) ont évalué un programme de traitement appliqué dans la collectivité qui provient du Vermont. De type cognitivo-comportemental, il inclut le modèle de la prévention de la récidive. Il est offert aux délinquants sexuels redirigés par un service correctionnel de probation. Le programme de traitement consiste en des séances de groupe. Il comporte six modalités thérapeutiques : l'acceptation de sa responsabilité quant au délit, la restructuration cognitive, le développement de l'empathie, le reconditionnement orgasmique et la sensibilisation voilée, l'entraînement aux habiletés sociales et la prévention de la récidive. Les auteurs ont comparé 71 délinquants sexuels (pédophiles homosexuels ou hétérosexuels, agresseurs sexuels de femmes adultes, incestueux) ayant suivi le programme de traitement avec 32 délinquants sexuels qui ont bénéficié d'un programme de traitement non spécialisé, ainsi qu'avec 19 délinquants sexuels qui n'ont obtenu aucun traitement. Le traitement non spécialisé consiste principalement en des séances individuelles de psychothérapie de type non directif. Les délinquants sexuels non traités sont ceux ayant refusé le programme de traitement ou qui n'avaient avoir commis le délit sexuel pour lequel il avait été condamné. Après une période de suivi moyenne de 62,9 mois, les résultats de l'étude indiquent des taux de récidive sexuelle significativement plus faibles pour le groupe de sujets traités (1,4 %) comparativement au groupe de sujets ayant suivi un traitement non spécialisé (15,6 %) et ceux qui n'ont eu aucun traitement (10,5 %). Toutefois, le groupe traité par l'approche cognitivo-comportementale comprenait un nombre plus important d'incestueux (type d'agresseurs sexuels à faible risque de récidive), ce qui aurait pu

constituer un biais favorisant un taux relativement faible de récidive sexuelle. Néanmoins, en extrayant ces sujets incestueux, les analyses montrent toujours des taux de récidive plus faibles chez les délinquants sexuels ayant suivi le programme de traitement. De plus, il est à noter que les groupes de sujets de cet échantillon ne sont cependant pas comparables aux sujets non traités étant donné que ces derniers sont ceux qui ont refusé le traitement ou qui n'avaient pas commis le délit. En effet, il est possible que ce type de délinquants présente des risques de récidive plus élevés.

Nicholaichuk, Gordon, Gu et Wong (2000) ont évalué le *Clearwater Sexual Offender Treatment Program* offert au Regional Psychiatric Center en Saskatchewan. Le programme de traitement est d'orientation cognitivo-comportementale et intègre l'approche de la prévention de la récidive. Les auteurs ont comparé 296 délinquants sexuels (agresseurs sexuels de femmes adultes (57 %), pédophiles (17 %), agresseurs polymorphes (15 %) et incestueux (11 %)) ayant suivi et complété le traitement entre 1981 et 1996, avec 80 délinquants sexuels n'ayant pas bénéficié d'un traitement. Le groupe témoin fut conçu à partir d'une technique d'appariement. Ainsi, les sujets de ce groupe ont été placés par paires sur la base des caractéristiques suivantes : âge, antécédents criminels et durée de la carrière criminelle. Après une période de suivi d'environ six ans, les résultats de l'étude indiquent des taux de récidive sexuelle plus faibles (14,5 %) chez les sujets ayant suivi le programme de traitement comparativement à ceux du groupe témoin (33,2 %).

Friendship, Mann et Beech (2003) ont évalué le *National Prison-based Treatment Program for Sexual Offenders* en Angleterre. Ce programme de traitement comprend des séances de restructuration cognitive, de développement de l'empathie et de la prévention de la récidive. L'échantillon à l'étude comprenait 647 délinquants sexuels ayant suivi le programme de traitement et 1 910 délinquants sexuels non traités. Les sujets du groupe témoin furent appariés à ceux du groupe expérimental sur la base des variables criminelles et de leur risque de récidive évalué au moyen de l'outil actuariel STATIQUE-99. Les sujets ont été suivis en moyenne sur une période de 2 ans. Les résultats indiquent une différence statistiquement significative entre le groupe traité (4,6 %) et le groupe témoin (8,1 %) quant aux taux de récidive violente

(incluant les délits sexuels). Toutefois, aucune différence significative ne fut observée entre les deux groupes lorsque seuls les taux de récurrence sexuelle sont comparés (2,6 % pour le groupe traité et 2,8 % pour le groupe témoin).

Contrairement aux études précédentes, Quinsey, Khanna et Malcolm (1998) ont présenté des résultats plutôt décevants quant à l'efficacité d'un programme de traitement de type cognitivo-comportemental avec l'approche de la prévention de la récurrence. Le *Regional Treatment Centre Sex Offender Treatment Program* inclut dans la version initiale l'éducation sexuelle, l'entraînement aux habiletés sociales, des séances de maîtrise de soi ainsi que la modification des préférences sexuelles par une thérapie aversive (rétroaction biologique et sensibilisation voilée). Ce traitement fut par la suite bonifié des composantes suivantes : le développement de l'empathie et la prévention de la récurrence. Les chercheurs ont comparé 213 délinquants sexuels traités avec 183 délinquants sexuels ne nécessitant pas de programme, 52 délinquants sexuels ayant refusé le traitement, 27 qui avaient besoin d'un traitement, mais qui n'ont pu y participer en raison de contraintes de langages ou d'un handicap mental, et 9 qui n'ont pas reçu de traitement pour diverses raisons (ex. : libérés avant le début du programme). La période de suivi est en moyenne de 44 mois (3,6 années). Les résultats de l'étude indiquent des taux de récurrence plus importants chez les sujets traités (33 %) comparativement à ceux des autres groupes. Les groupes de sujets de cette étude ne sont toutefois pas comparables étant donné que certains sujets ont bénéficié des ateliers sur le développement de l'empathie et l'approche de la prévention de la récurrence, alors que d'autres non. De plus, les groupes témoins ne sont pas équivalents à ceux du groupe expérimental. Ainsi, les différences entre les groupes peuvent avoir influé sur les résultats controversés de l'étude de Quinsey, Khanna et Malcolm (1998). En conséquence, l'étude de Quinsey et coll. (1998) constitue une évaluation de programme qui ne peut pas rendre justice au modèle de la prévention de la récurrence.

Looman, Abracen et Nicholaichuk (2000) ont quant à eux obtenu des résultats positifs pour le *Regional Treatment Centre* relativement aux taux de récurrence sexuelle. Ces auteurs ont repris le même échantillon que celui de Quinsey et coll.

(1998). Toutefois, parmi les 213 sujets de l'échantillon, plusieurs délinquants sexuels ont été exclus pour diverses raisons : 27 avaient suivi le programme de traitement en dehors de l'établissement; pour 36 des délinquants sexuels, le programme de traitement n'était pas précisé (en raison de l'absence de cette information dans les dossiers des participants); 12 ont reçu le traitement en dehors de la période à l'étude et 9 ont reçu un traitement d'un autre établissement. Looman et coll. (2000) ont utilisé la technique d'appariement. Les sujets du groupe témoin ont été appariés avec ceux du groupe traité en fonction de critères de ressemblances quant à leur âge au moment du délit, à l'année du délit ainsi qu'au nombre d'antécédents criminels. Leur échantillon comprenait désormais 89 délinquants sexuels traités (agresseurs sexuels de femmes adultes, pédophiles, incestueux et hébéphiles) et 89 délinquants sexuels n'ayant pas suivi de traitement. La période de suivi est en moyenne de 9,9 années. Le groupe de délinquants sexuels traités présentait des taux de récidive sexuelle plus faibles (23,6 %) comparativement au groupe témoin (51,7 %). Il est à noter que les auteurs n'ont pu appairer parfaitement les deux groupes quant aux antécédents d'infractions sexuelles. En effet, le groupe de sujets traités présentait plus d'antécédents en matière d'agression sexuelle, ce qui indique que ces sujets étaient plus à risque de récidive. Or, malgré ce biais méthodologique défavorable à une évaluation positive du traitement, le groupe traité présentait un taux de récidive sexuelle moindre que celui du groupe témoin (Abracen et Looman, 2004).

Une étude fréquemment citée dans la littérature scientifique est celle de Marques, Wiederanders, Day, Nelson et Ommeren (2005). Marques est une pionnière de l'intégration du modèle de la prévention de la récidive dans le traitement des délinquants sexuels (Marshall et Laws, 2003). En 1985, le Department of Mental Health, en Californie, a mandaté Marques pour la mise sur pied du *Sex Offender Treatment and Evaluation Program* (SOTEP) (Marshall et Laws, 2003). Contrairement aux études précédemment mentionnées, l'étude de Marques est la seule à avoir utilisé une procédure d'assignation aléatoire des sujets. Entre 1985 et 1995, 704 délinquants sexuels ont participé à l'étude. Parmi ceux-ci, 259 délinquants sexuels qui ont accepté volontairement le traitement ont été assignés au programme et 225 délinquants sexuels volontaires n'ont suivi aucun traitement. Deux cent vingt

délinquants sexuels qui étaient qualifiés pour suivre le programme de traitement ont refusé de participer et constituent un second groupe témoin. Le SOTEP est un programme de traitement cognitivo-comportemental qui repose principalement sur le modèle de la prévention de la récidive. Il consiste en des séances de relaxation, de gestion de la colère et du stress, d'entraînement aux habiletés sociales et d'éducation sexuelle, et inclut un module de la prévention de la récidive. Certains sujets présentant des problèmes de consommation de drogues et d'alcool ont également participé à des séances de groupe pour toxicomanes. De plus, à la suite d'une évaluation phallométrique indiquant des préférences sexuelles déviantes, certains participants ont reçu une thérapie visant à modifier leurs préférences sexuelles (aversion olfactive, satiété masturbatoire et reconditionnement orgasmique). Après une période de suivi moyenne de 8 ans, les résultats présentés dans cette étude sont plutôt décevants : aucune différence significative n'est observée entre les trois groupes de participants quant à leurs taux de récidive sexuelle (22 % de récidive sexuelle chez les sujets traités, 20 % pour le groupe témoin et 19 % chez les sujets ayant refusé de participer au traitement). Abracen et Looman (2004) mentionnent qu'étant donné les critères de sélection des sujets (avoir moins de deux condamnations antérieures d'ordre sexuel), l'échantillon de cette étude était composé de sujets représentant un risque de récidive faible à modéré. En conséquence, des sujets à faible risque de récidive présenteront de faibles taux de base. Ainsi, lorsque les taux de base sont trop faibles, il est moins probable d'obtenir des différences statistiquement significatives entre les divers groupes. De plus, selon Marshall et Anderson (2000), l'intensité du programme de traitement offert aux délinquants sexuels était trop élevée pour le niveau de risque de récidive qu'ils représentaient. Ainsi, selon ces auteurs, il semble que ce procédé ait amené un étiquetage des participants comme étant des délinquants sexuels. En conséquence, il semble que le fait de posséder un statut d'agresseur sexuel augmenterait les risques de récidive.

Le traitement des délinquants sexuels s'est considérablement développé au cours des dernières décennies, particulièrement depuis les années 1990. Aujourd'hui, les résultats des études sur l'effet des traitements offerts aux délinquants sexuels

semblent converger : le traitement est efficace afin de réduire les taux de récidive des délinquants sexuels. Toutefois, ce ne sont pas tous les traitements qui présenteraient la même efficacité. En effet, la majorité des chercheurs s'entendent pour dire que le traitement cognitivo-comportemental intégrant le modèle de la prévention de la récidive serait le traitement le plus efficace dans la réduction du taux de récidive chez les délinquants sexuels (Grossman, Martis et Fichtner, 1999; Marshall et coll., 1991; Marshall et Pithers, 1994; Wood et coll., 2000).

LES MÉTA-ANALYSES

Les résultats de différentes méta-analyses présentent des conclusions semblables, sauf celle de Furby, Weinrott et Blackshaw (1989). Cette méta-analyse fut fréquemment citée dans la littérature scientifique, puisque la conclusion principale des auteurs était : « *There is as yet no evidence that clinical treatment reduces rates of sex reoffenses in general ...* » (p. 27). Les résultats semblaient plutôt décourageants quant à l'effet des traitements en délinquance sexuelle. Toutefois, aujourd'hui ceux-ci nous semblent moins surprenants, car les études incluses dans la méta-analyse de Furby et coll. (1989) ont toutes été réalisées avant les années 1990, et donc avant la mise en place généralisée des traitements cognitivo-comportementaux et l'approche de la prévention de la récidive. Des méta-analyses plus récentes indiquent que certains types de traitements sont efficaces pour réduire les taux de récidive des agresseurs sexuels.

En 1995, Hall a réalisé une méta-analyse comprenant 12 études menées après celles incluses dans la méta-analyse de Furby et coll. (1989). L'échantillon global comprenait 1 313 délinquants sexuels suivis sur une période moyenne de 6,85 années. Les résultats présentés par Hall diffèrent de ceux de Furby et coll. (1989). Hall a trouvé un effet limité mais robuste relativement à l'efficacité des traitements quant aux taux de récidive sexuelle ($r = 0,12$). Les taux de récidive généraux étaient de 19 % pour les délinquants sexuels traités, comparativement à 27% pour les délinquants sexuels non traités. De plus, Hall fait mention d'une efficacité supérieure des traitements cognitivo-comportementaux et hormonaux par rapport aux traitements comportementaux. Ces résultats semblent plus encourageants que ceux présentés par

Furby et coll. (1989). Toutefois, la méta-analyse de Hall a fait l'objet de critiques quant à la méthodologie utilisée. Hanson, Gordon, Harris, Marques, Murphy, Quinsey et Seto (2002) mentionnent que la méta-analyse de Hall comprenait des études ayant comparé des sujets qui ont complété le traitement avec ceux qui l'ont abandonné. Or, les délinquants sexuels qui abandonnent le traitement constituent un groupe de comparaison non équivalent, puisqu'ils présentent plus de caractéristiques qui favorisent la récidive (impulsivité, personnalité antisociale). Ainsi, il est plus probable d'observer des taux de récidive plus élevés chez les délinquants sexuels n'ayant pas complété le traitement que chez ceux qui l'ont complété et d'en déduire de manière erronée que le traitement est efficace. Hall (1995) a par la suite extrait de sa méta-analyse les comparaisons qui impliquaient les sujets ayant abandonné le traitement, et les résultats obtenus se sont finalement avérés non significatifs.

La méta-analyse d'Alexander (1999) comprend 79 études portant sur l'évaluation des traitements en délinquance sexuelle ($N = 10\,988$). Elle conclut que, de façon générale, les délinquants sexuels ayant bénéficié d'un traitement ont un taux de récidive plus faible (moins de 11 %) que ceux n'ayant pas reçu de traitement. Les traitements basés sur l'approche de la prévention de la récidive ont le taux de récidive le plus bas, soit 7,2 % (non traités, 17,6 %). Cette auteure a été critiquée par Hanson et coll. (2002). Ces derniers indiquent que les délinquants sexuels traités et non traités ne provenaient pas des mêmes études. Ainsi, ces auteurs mentionnent qu'il devient difficile de savoir si les différences statistiquement significatives sont attribuables au traitement suivi ou à certaines caractéristiques liées aux différences entre les études telles que les devis de recherche, les périodes de suivi et la composition des échantillons d'agresseurs sexuels. En conséquence, cette méta-analyse comporte trop de différences entre les études incluses, ce qui limite la crédibilité des résultats.

Plus récemment, Hanson et coll. (2002) ont réalisé une méta-analyse comprenant 43 études ($N = 9\,454$). Les taux de récidive sexuelle étaient plus bas chez les sujets traités (12,3 %) que chez les sujets non traités (16,8 %). Les traitements des types cognitivo-comportemental et systémique se sont avérés les plus efficaces dans la réduction des taux de récidive. Les traitements antérieurs aux années 1980

présentaient des effets limités. Rice et Harris (2003) ont fortement critiqué cette méta-analyse. Selon l'avis de ces chercheurs, une douzaine d'études incluses dans la méta-analyse avaient utilisé un « *incidental cohort design* ». Or, ce type de devis de recherche ne permet pas d'obtenir des groupes témoins satisfaisants. Ils affirment que la majorité des groupes témoins de ces études étaient composés de sujets à risque élevé de récidive qui avaient refusé le traitement. Ainsi, Rice et Harris (2003) concluent qu'à la lumière de ces résultats, il est impossible d'affirmer que les traitements pour agresseurs sexuels sont efficaces.

La méta-analyse de Kenworthy et coll. (2004) comprenait uniquement des études (9) ayant utilisé l'assignation aléatoire des sujets. Les auteurs concluent que le traitement cognitivo-comportemental permet de réduire les taux de récidive des délinquants sexuels. Cependant, comme le mentionnent Harkins et Beech (2007), l'étude préliminaire de Marques, Nelson, West et Day (1994) a été incluse dans la méta-analyse. Or, les plus récentes données de Marques et coll. (2005) indiquent une absence de différences statistiquement significatives entre les groupes de sujets relativement aux taux de récidive.

Finalement, la plus récente méta-analyse, celle de Lösel et Schmucker (2005), indique que les délinquants sexuels traités présentaient un taux plus faible de récidive sexuelle (11,1 %) comparativement aux délinquants sexuels non traités (17,5 %). En outre, parmi les traitements psychologiques, le traitement cognitivo-comportemental présentait l'effet positif le plus robuste relativement à la réduction de la récidive.

Il semble donc que malgré la présence de divers biais méthodologiques, en raison de la convergence des résultats, il est possible d'avancer que le traitement cognitivo-comportemental associé à la prévention de la récidive permet de réduire les taux de récidive des délinquants sexuels. Toutefois, quelles sont les composantes thérapeutiques des traitements actuels destinés aux agresseurs sexuels qui permettent de réduire les taux de récidive? La section suivante portera sur les principales composantes des traitements et leur efficacité relativement à la réduction des taux de récidive chez les agresseurs sexuels.

LES COMPOSANTES DU TRAITEMENT

Les programmes de traitement nord-américains en délinquance sexuelle sont aujourd'hui majoritairement conçus selon le modèle cognitivo-comportemental (Lussier et Proulx, 2001). En 2005, l'ATSA (Association for the Treatment of Sexual Abusers) a publié des lignes directrices en matière d'intervention auprès des délinquants sexuels adultes. Ce guide indique que les traitements en délinquance sexuelle se doivent d'être structurés et de type cognitivo-comportemental. De plus, il recommande les différentes composantes thérapeutiques à inclure dans les traitements. Le déni du délit se doit d'être abordé en traitement de même que le développement de l'empathie pour les victimes. De plus, les programmes de traitement devraient utiliser l'approche de la prévention de la récidive, soit l'élaboration et la compréhension de la chaîne délictuelle, ainsi que la préparation de stratégies de gestion des situations à risque.

Le Service correctionnel du Canada a lui aussi présenté des lignes directrices concernant le traitement des délinquants sexuels (SCC, 1996). On y retrouve les mêmes composantes thérapeutiques que celles recommandées par l'ATSA. Ainsi, il est indiqué que lorsqu'il s'agit de négateurs sexuels, les agents de gestion de cas doivent régulièrement intervenir auprès de ces derniers afin d'augmenter leur niveau de reconnaissance des faits. Les agents de gestion de cas doivent également intervenir auprès des délinquants sexuels qui minimisent leur délit afin de les amener à le reconnaître et à en prendre l'entière responsabilité. Ils doivent également leur enseigner des stratégies de prévention de la récidive. Le *Safer Society 2002 Nationwide Survey* indique que le module d'intervention le plus utilisé (97 %) dans le cadre des programmes de traitement en délinquance sexuelle s'avère la prévention de la récidive (McGrath, Cumming et Burchard, 2003). On trouve également les interventions qui visent la reconnaissance de la responsabilité dans le délit (89 %) ainsi que celles qui favorisent le développement de l'empathie pour les victimes (93 %). Finalement, la non-participation durant le traitement et sa fin prématurée sont des aspects à considérer dans la prise en charge des agresseurs sexuels. Avant de présenter les études portant sur les principales cibles des traitements en délinquance

sexuelle et leur efficacité quant à la réduction des taux de récidive, les résultats des études sur l'issue du traitement seront abordés.

Les études sur l'abandon du traitement

L'étude de Marques et coll. (1994) est l'une des premières à avoir comparé les taux de récidive des délinquants sexuels ayant complété leur traitement avec ceux des sujets l'ayant abandonné. Parmi les 106 délinquants sexuels de l'étude, 8 ont abandonné le traitement. Ces derniers présentent des taux de récidive sexuelle significativement plus élevés, soit 37,5 %, comparativement aux sujets qui ont complété le programme de traitement (8,2 %). Comme il est mentionné précédemment, cette étude est caractérisée par une grande rigueur scientifique (assignation aléatoire des sujets) et donc, les résultats présentés peuvent être considérés avec confiance.

Des études ultérieures à celle de Marques et coll. (1994) ont permis d'appuyer leur conclusion. Pellerin, Proulx, Ouimet, Paradis, McKibben et Aubut (1996) ont analysé les taux de récidive post-traitement chez 70 agresseurs sexuels de femmes adultes et 102 pédophiles. Le traitement suivi était de type cognitivo-comportemental. Plus précisément, le traitement était composé d'ateliers sur la prévention de la récidive, l'entraînement aux habiletés sociales, la gestion du stress, la maîtrise de la colère, la gestion de la consommation d'alcool et de drogues, en plus de cours d'éducation sexuelle, de techniques comportementales pour modifier les préférences sexuelles déviantes, de séances de thérapie familiale et conjugale et de la castration chimique. Les participants ont été suivis sur une période moyenne de 55,9 mois. Les pédophiles n'ayant pas complété le programme de traitement présentaient des taux de récidive sexuelle plus élevés (20,5 %) comparativement aux pédophiles ayant achevé le traitement (5,7 %). Les agresseurs sexuels de femmes adultes présentaient quant à eux des taux de récidive sexuelle plus élevés dans le groupe qui avait reçu tout le traitement (35 %), par rapport aux sujets ne l'ayant pas complété (20,8 %). Cependant, il est à noter qu'aucune différence statistiquement significative ne fut observée relativement aux taux de récidive sexuelle entre les participants ayant

complété le traitement et ceux ne l'ayant pas fini, et ce, tant chez les pédophiles que chez les agresseurs sexuels de femmes adultes.

Plus récemment, Seager, Jellicoe et Dhaliwal (2004) ont réalisé une étude auprès de 109 délinquants sexuels ayant complété leur traitement et 37 l'ayant refusé ou abandonné. La période de suivi moyenne était de 2 ans. Le traitement était de type cognitivo-comportemental associé à l'approche de la prévention de la récidive. Les sujets du groupe ayant refusé ou abandonné le traitement présentaient un taux de récidive plus élevé (32 %) que ceux ayant complété le traitement (5 %). Toutefois, il importe de souligner que la composition du groupe témoin (sujets ayant refusé ou abandonné le traitement) constitue un biais dans cette étude.

Les résultats de l'étude de Studer et Reddon (1998), après une période de suivi variant de 18 à 98 mois, ne montrent aucune différence statistiquement significative entre les taux de récidive sexuelle des délinquants sexuels ayant complété le programme de traitement de type cognitivo-comportemental avec l'approche de la prévention de la récidive (3,9 %) et ceux l'ayant abandonné (9,4 %). Les auteurs expliquent l'absence de différence par les faibles taux de base. En outre, il est important de mentionner la variation importante dans les périodes de suivi des sujets. En effet, les différences entre les deux groupes peuvent résulter des périodes de suivi variables plutôt que de l'effet positif du traitement.

Finalement, la méta-analyse de Hanson et Bussière (1998) a montré que l'abandon du traitement est un prédicteur de la récidive sexuelle ($r^+ = 0,17$). La méta-analyse de Lösel et Schmucker (2005) indique des résultats similaires, soit que les délinquants sexuels qui complètent leur programme de traitement récidivent dans une proportion moindre que ceux qui l'abandonnent.

En somme, il semble que les agresseurs sexuels qui abandonnent leur traitement présentent des taux de récidive plus élevés comparativement à ceux qui le complètent. Il importe donc de tenir compte de l'issue du traitement dans l'évaluation des programmes de traitement en délinquance sexuelle. Les prochaines sections

portent sur les principales composantes des programmes de traitement et leurs liens avec la récidive chez les agresseurs sexuels.

Les études sur le déni

La très grande majorité des délinquants sexuels n'admettent pas aisément avoir commis leur délit (Barbaree, 1991; Beech et Fisher, 2002; Marshall, 1994; Marshall, Anderson et Fernandez, 1999). Marshall et coll. (1999) soulignent l'importance de travailler sur la négation des agresseurs sexuels au début du traitement. Si cet aspect n'est pas modifié ou atténué au départ, il sera plus difficile d'intervenir quant aux autres cibles thérapeutiques. En effet, un délinquant sexuel qui ne reconnaît pas avoir commis le délit pour lequel il est incarcéré ne pourra élaborer sa chaîne délictuelle et établir des stratégies de rechange au passage à l'acte. Certains auteurs ont suggéré que les négateurs sexuels sont davantage à risque de récidive (Marshall et Barbaree, 1988; Simkins, Ward, Bowman et Rinck, 1989). Travailler sur la négation des délinquants sexuels semble logique dans une perspective de réduction du risque de récidive sexuelle. Or, d'un point de vue scientifique, il s'avère que le lien entre le déni et la minimisation des délinquants sexuels et la récidive sexuelle n'est pas clairement établi. Marshall, Thornton, Marshall, Fernandez et Mann (2001) rapportent que dans plusieurs études, les négateurs ne récidivaient pas davantage que les délinquants sexuels qui admettaient leur infraction. La méta-analyse de Hanson et Buissière (1998) vient confirmer ces résultats. Marshall et coll. (2001) jugent limité le nombre de sujets inclus dans les analyses sur le déni qui composent la méta-analyse de Hanson et Buissière (1998), soit 762 délinquants sexuels comparativement au nombre total de sujets ($N = 23\,393$). Toutefois, dans une révision de cette méta-analyse, Hanson et Morton-Bourgon (2005) ont inclus trois études de plus et ont pu effectuer leurs analyses en ayant désormais 1 780 délinquants sexuels. Or, leurs résultats concernant le déni sont demeurés les mêmes : la négation ne constitue pas un facteur de risque de récidive sexuelle. Beech et Fisher (2002) concluent donc qu'il n'est pas nécessaire de travailler le déni en traitement.

D'importantes critiques ont été apportées par Lund (2000) concernant la méta-analyse de Hanson et Buissière (1998). Lund mentionne l'hétérogénéité des

sept études sur le déni répertoriées dans la méta-analyse. D'abord, les périodes de suivi (1 à 20 ans) et le nombre de sujets (69 à 4 381) varient considérablement d'une étude à l'autre. De plus, la définition du déni est variable et le moment dans le processus de prise en charge où l'évaluation du déni a été effectuée n'est pas mentionné dans les études. Puis, Lund suggère que le déni serait associé à une augmentation du risque de récidive chez les délinquants sexuels évalués comme étant à faible risque de récidive. Chez les délinquants sexuels à risque élevé de récidive, la présence d'autres facteurs de risque plus importants diminuerait l'influence du déni sur les risques de récidive.

Nunes, Hanson, Firestone, Moulden, Greenberg et Bradford (2007) ont testé l'hypothèse formulée par Lund (2000). En premier lieu, les analyses statistiques n'ont pas permis d'observer de lien entre le déni et la récidive sexuelle, ce qui appuie les données des méta-analyses de Hanson et Buissière (1998) et Hanson et Morton-Bourgon (2005). En second lieu, les résultats indiquent que le déni est associé à une augmentation des taux de récidive sexuelle chez les délinquants sexuels à faible risque de récidive (par exemple, les pères incestueux), alors qu'il est associé à une diminution des taux de récidive sexuelle chez les délinquants à risque élevé de récidive (par exemple, les agresseurs sexuels d'enfants extrafamiliaux). Ces résultats confirment ainsi l'hypothèse avancée par Lund (2000).

Les études sur la responsabilité

La reconnaissance de sa responsabilité dans le délit constitue un autre aspect mentionné par plusieurs théoriciens comme étant une variable importante à considérer dans le cadre des programmes de traitement en délinquance sexuelle (Marshall, 1996; Marshall et Barbaree, 1990). En effet, selon Marshall (1996) : « *Sex offenders typically attempt to shift responsibility away from themselves by blaming other people ...or other factors.* » (p. 182.) Il mentionne également l'importance d'aborder cet aspect dès le début du traitement afin d'améliorer la participation des délinquants sexuels aux modalités thérapeutiques subséquentes. Le rationnel derrière cette prise de position est que les délinquants sexuels qui admettent leur responsabilité dans leur délit seront moins portés à récidiver (Murphy, 1990). Or, peu

d'études ont porté sur le rôle de la responsabilité dans la récidive sexuelle. Marques, Nelson, West et Day (1994) comptent parmi les rares chercheurs à avoir évalué cet aspect du traitement. Cent cinquante-cinq pédophiles ont été assignés aléatoirement à deux groupes : 76 pédophiles ont participé à un traitement cognitivo-comportemental associé à l'approche de la prévention de la récidive, tandis que 79 pédophiles n'ont reçu aucun traitement. Tous les sujets ont été suivis sur une période moyenne de 38 mois. Les résultats indiquent que les sujets ayant bénéficié d'un traitement ont montré une progression significative de leur part de responsabilité dans leur délit. Toutefois, l'acceptation de la responsabilité ne s'est pas avérée un facteur de prédiction de la récidive sexuelle. Des résultats semblables ont été rapportés par Hanson et Morton-Bourgon (2005), où la minimisation de la responsabilité ne constituait pas un facteur de risque de récidive sexuelle.

Les études sur l'empathie

Divers théoriciens ont formulé l'hypothèse selon laquelle les délinquants sexuels présenteraient un déficit d'empathie (Marshall et Barbaree, 1990; Marshall, Hudson, Jones et Fernandez, 1995; Williams et Finkelhor, 1990). Finkelhor et Lewis (1988) évoquent une absence d'empathie généralisée à l'égard de l'ensemble des enfants chez les pédophiles, ce qui leur permet de passer à l'acte. Barbaree, Marshall et Lanthier (1979) avancent une hypothèse semblable pour les agresseurs sexuels de femmes adultes. Dans cette catégorie d'agresseurs sexuels, l'absence d'empathie ne permettrait pas d'inhiber le comportement sexuel déviant. Toutefois, les résultats des études ne sont pas unanimes quant à la présence d'un déficit d'empathie général chez les agresseurs sexuels (Marshall, Hudson, Jones et Fernandez, 1995; Pithers, 1999; Smallbone, Wheaton et Hourigan, 2003). Dans sa revue de la littérature, Polaschek (2003) conclut que, de façon générale, les résultats des études indiquent que les pédophiles ne se différencient pas des délinquants non sexuels et des sujets des groupes témoins relativement à leur degré d'empathie générale, alors que dans certaines études, les agresseurs sexuels de femmes adultes présentaient des scores plus faibles aux mesures d'empathie comparativement aux pédophiles et aux sujets des groupes témoins.

Marshall et coll. (1995) ont suggéré de s'attarder davantage au déficit d'empathie qui se rapporte aux victimes. Les résultats des études indiquent que les pédophiles et les agresseurs sexuels de femmes adultes présenteraient des degrés plus faibles d'empathie pour leurs propres victimes que pour d'autres victimes (Polaschek, 2003; Smallbone et coll., 2003). Les résultats de la méta-analyse de Hanson et Buissière (1998) et ceux de sa dernière révision (Hanson et Morton-Bourgon, 2005) indiquent que l'empathie ne constituerait pas un facteur de prédiction de la récidive sexuelle. Il est à noter que la majorité des études incluses dans la méta-analyse portaient sur un échantillon de délinquants sexuels juvéniles. De surcroît, des résultats contradictoires ont été apportés par Hanson et Harris (2000). Ces auteurs ont réalisé une étude sur les prédicteurs dynamiques de la récidive sexuelle. Les récidivistes sexuels présentaient peu de remords et s'inquiétaient peu de leur victime ($r = 0,28$). Malgré l'absence de consensus quant au rôle de l'empathie dans la récidive sexuelle, la majorité (94 %) des programmes de traitement en délinquance sexuelle comprennent une modalité thérapeutique portant sur cette dimension (Beech et Fisher, 2002; Knopp, Freeman-Longo et Stevenson, 1992). Ainsi, le rôle de l'empathie dans l'agression sexuelle n'est toujours pas clarifié, et encore moins son rôle dans la récidive sexuelle.

Les composantes de la prévention de la récidive

Le modèle de la prévention de la récidive fut rapidement intégré aux différents programmes de traitement en Amérique du Nord. Marshall et Anderson (2000) mentionnent :

This enthusiastic acceptance of RP principles and procedures was and continues to be based on the commonsense appeal of this approach rather than on a growing body of evidence substantiating its value ... Indeed, even the limited number of published criticisms of RP has relied on logical analyses rather than data. (p. 39-40.)

Des études ont évalué le degré d'apprentissage des stratégies de prévention de la récidive chez les délinquants sexuels ayant suivi un traitement. Les résultats de l'étude de Fisher, Beech et Browne (2000) indiquent une amélioration significative

quant à la connaissance des situations à risque et des stratégies de prévention de la récidive en comparant les évaluations prétraitement et post-traitement des participants. Toutefois, après une période de suivi de 9 mois, seulement ceux ayant présenté des améliorations relatives à d'autres composantes du traitement avaient maintenu leur niveau de connaissance des situations à risque et des stratégies de prévention de la récidive. Les résultats de Sawyer et Pettman (2006) indiquent qu'aucune différence significative n'était observée entre l'évaluation des participants après 6 mois et 60 mois après leur remise en liberté quant à leur connaissance des situations à risque et des stratégies de rechange au passage à l'acte. En d'autres termes, les participants présentaient le même niveau de connaissance des stratégies de prévention de la récidive 5 ans après leur retour dans la collectivité. D'après ces deux études, il semble que les délinquants sexuels ont la capacité à se souvenir de leurs apprentissages relativement à la prévention de la récidive.

Toutefois, qu'en est-il de l'application concrète de leur apprentissage et de l'effet sur la récidive? Dowden, Antonowicz et Andrews (2003) ont réalisé une méta-analyse comprenant 40 programmes de prévention de la récidive offerts à des délinquants en général. Les résultats indiquent une réduction modérée relativement aux taux de récidive. De plus, seulement certains éléments de la prévention de la récidive se sont avérés significativement reliés à la réduction du taux de récidive, soit la connaissance de son cycle d'offense et des situations à risque ainsi que la présence d'un réseau de soutien social composé de personnes qui connaissent le cycle d'offense du délinquant. L'apprentissage des stratégies de rechange au passage à l'acte et les sessions supplémentaires de prévention de la récidive, quant à eux, ne se sont pas avérés significatifs quant à la réduction des taux de récidive. Dans le domaine de la délinquance sexuelle spécifiquement, Hanson et Harris (2000) ont conduit une étude auprès de 208 récidivistes sexuels et 201 non-récidivistes. Les récidivistes avaient tendance à se percevoir comme étant moins à risque de récidive et prenaient moins de précautions afin d'éviter les situations à risque ($r = 0,38$, $p < 0,001$). Ces résultats indiquent que les agresseurs sexuels qui n'ont pas les acquis d'un groupe de la prévention de la récidive sont plus à risque de récidive.

La collaboration/motivation durant le traitement

La motivation est un aspect central et déterminant des traitements psychologiques (Drieschner, Lammers et Staak, 2004). En effet, il est logique d'avancer qu'un patient motivé et engagé sera plus susceptible de poursuivre et de compléter le traitement et d'obtenir des résultats positifs à long terme. Cette observation devrait être applicable aux délinquants sexuels qui suivent un programme de traitement : plus ils démontrent une implication ainsi qu'une motivation pour leur traitement, plus les chances de le compléter seront élevées et moins les risques de récidive seront présents. Seto et Barbaree (1999) ont réalisé une étude auprès de 283 délinquants sexuels suivis sur une période moyenne de 32 mois. Leur hypothèse de départ est que les agresseurs sexuels qui présentent des comportements appropriés en traitement récidiveront moins que ceux qui ont des comportements inappropriés. Contrairement à cette hypothèse, l'adoption de comportements appropriés (qualité des devoirs, participation et motivation à changer) était positivement liée aux récidives violentes et sexuelles. Toutefois, Barbaree (2005) a obtenu des résultats différents avec l'échantillon de Seto et Barbaree (1999), et ce, en augmentant la période de suivi et en ajoutant des sources de données relatives à la récidive (les sources de données sur la récidive de l'étude de Seto et Barbaree, 1999, provenaient du Service correctionnel du Canada et de la Commission nationale des libérations conditionnelles; ajout d'une base de données pour l'étude de Barbaree, 2005, le Canadian Police Information Centre [CPIC]). Les comportements en traitement n'étaient plus liés à la récidive générale ni à la récidive sexuelle ou violente. Harris, Rice et Cormier (1991) ont trouvé des résultats contraires à ceux de Barbaree (2005). Les récidivistes de leur étude sont ceux qui présentaient le plus de problèmes de comportements en traitement (manque de respect et comportements agressifs). Toutefois, les résultats de la méta-analyse de Hanson et Bussière (1998) et ceux révisés en 2005 par Hanson et Morton-Bourgon indiquent que la faible motivation au traitement ne s'est pas avérée un prédicteur de la récidive sexuelle. Cependant, Hanson et Harris (2000) ont trouvé que les récidivistes de leur échantillon étaient les plus désengagés dans le traitement ainsi que lors de leur supervision dans la collectivité ($r = 0,30$, $p < 0,001$). Finalement, Marshall et Marshall (2007a) ont mis

sur pied un programme préparatoire au programme principal pour les agresseurs sexuels, le *Rockwood Preparatory Program*, ayant comme objectif d'augmenter la motivation à s'engager dans un traitement. En plus d'augmenter leur niveau de motivation entre l'évaluation prétraitement et post-traitement, les participants ayant suivi le programme préparatoire présentaient des taux de récurrence sexuelle et générale significativement moins élevés que ceux des sujets du groupe de comparaison qui n'ont pas bénéficié de ce programme préparatoire.

PROBLÉMATIQUE

Le critère le plus important afin de se prononcer sur l'efficacité des traitements est sans contredit sa résultante relativement à la réduction des risques de récidive. De plus, comme le mentionnent Marshall et Serran (2000), la littérature scientifique indique qu'il faut porter une attention particulière à chacune des cibles d'intervention et à leur effet particulier sur la récidive. Or, les résultats quant à l'impact de certaines modalités de traitement sur les taux de récidive des agresseurs sexuels sont contradictoires. Ces divergences pourraient s'expliquer par la faible puissance statistique ainsi que par l'absence de la prise en compte du facteur temps dans la majorité des études. En conséquence, afin d'apporter un nouvel éclairage sur ces résultats contradictoires, l'objectif de cette étude est de vérifier si la reconnaissance du délit, la connaissance des stratégies de prévention de la récidive et la collaboration/motivation durant le traitement permettent de prédire la récidive dans un échantillon d'agresseurs sexuels.

Objectif principal

L'objectif de cette étude est de vérifier si l'implication dans le traitement permet de prédire la récidive chez des agresseurs sexuels adultes.

Objectifs particuliers

Plus précisément, l'objectif de cette étude consiste à vérifier si la reconnaissance du délit (reconnaissance des faits, de la responsabilité et des conséquences), la connaissance des stratégies de prévention de la récidive (connaissance du cycle de passage à l'acte, des situations à risque de récidive et des solutions de rechange au passage à l'acte) et la collaboration/motivation durant le traitement permettent de prédire la récidive sexuelle, générale et violente chez les agresseurs sexuels adultes.

Méthodologie

ÉCHANTILLON

Entre 1995 et 2000, un total de 593 délinquants sexuels incarcérés pour une peine fédérale a accepté de participer à une étude sur la récidive des agresseurs sexuels adultes. Toutefois, 192 participants ont été exclus de l'étude pour diverses raisons : 4 sont décédés avant leur libération, 29 étaient toujours incarcérés au moment de la fin de la période de suivi et n'avaient obtenu aucune forme de remise en liberté, 9 participants ont été exclus parce que leur dossier du Système de gestion des détenus (SGD) du Canada n'était pas accessible pour des raisons informatiques, 1 participant a obtenu un verdict de non-culpabilité une fois sa peine d'incarcération complétée et 149 participants n'avaient suivi aucun programme de traitement en délinquance sexuelle. Au total, 401 agresseurs sexuels ont participé à l'étude, soit 97 agresseurs sexuels de femmes adultes (femmes de 16 ans ou plus), 177 agresseurs sexuels d'enfants (enfants de 12 ans ou moins), 44 agresseurs sexuels hébéphiles (victimes âgées de 13 à 15 ans), 76 agresseurs sexuels polymorphes (victimes appartenant à plus d'une des catégories précédentes) et 7 sujets dont le type n'a pu être déterminé. À la fin de l'incarcération, la moyenne d'âge des participants était de 43,7 ans ($SD = 11,7$). Dans 77,6 % des cas, il s'agissait d'une première peine d'incarcération fédérale.

COLLECTE DES DONNÉES

La collecte des données s'est effectuée en deux étapes. La première étape a été réalisée entre 1995 et 2000. Chaque participant (593 agresseurs sexuels) a signé un formulaire de consentement autorisant l'utilisation des informations contenues dans le Système de gestion des détenus (SGD) du Canada pour des fins de recherche (taux

de participation de 93 %). Ils ont tous été évalués au Centre régional de réception (CRR). L'évaluation comprenait un entretien semi-structuré basé sur le Questionnaire Informatisé sur la Délinquance Sexuelle (QIDS, St-Yves, Proulx et McKibben, 1994). Ce questionnaire porte sur les antécédents correctionnels, criminels, scolaires et familiaux et sur les habitudes de vie des participants. Il inclut également le délit pour lequel les participants ont été condamnés (période précrime, période crime et période postcrime) et des informations sur la ou les victimes. Des données démographiques ont aussi été recueillies. Le STATIQUE-99 fut coté à partir des informations contenues dans le QIDS.

La seconde étape de la collecte des données s'est effectuée au cours des années 2006 et 2007. Pour chaque participant, des données relatives au traitement suivi en délinquance sexuelle ont été colligées dans les dossiers informatiques contenus dans le SGD. L'information relative aux récidives a été obtenue à l'été 2007 à partir des fiches FPS (Fingerprint section) contenues également dans le SGD. Malgré les limites liées à la mesure de la récidive à partir de sources officielles d'information, cette procédure constitue une mesure de la récidive fidèle, valide et pratique (Proulx, Tardif, Lamoureux et Lussier, 2000).

MESURE

Une grille de codification a été conçue afin de colliger les informations relatives au programme de traitement de la délinquance sexuelle qu'ont suivi les participants. Tout d'abord, l'issue du traitement était connue. Pour ce faire, le statut de l'affection des participants pour chaque programme de traitement était codifié d'après les catégories déterminées au préalable par le Service correctionnel du Canada (SCC). Cette variable a été recodée en deux catégories : 1) la catégorie *programme non complété ou échec* inclut les participants qui n'ont pas complété le programme de traitement pour diverses raisons (suspension du programme, remise en liberté avant la fin du programme, transfert dans un autre établissement) ou qui l'ont complété avec une mention d'échec ($N = 119$); 2) la catégorie *réussite du programme* inclut les participants qui ont complété et réussi le programme de traitement ($N = 241$).

Par la suite, les données relatives à l'implication dans le traitement furent colligées. Il est à noter que tous les programmes de traitement pour délinquants sexuels offerts par le Service correctionnel du Canada (SCC) sont d'orientation cognitivo-comportementale et que le cadre de traitement privilégié est le groupe (SCC, 2007). Ces programmes comprennent entre autres les objectifs de traitement suivants : la reconnaissance du délit (faits) et de la responsabilité, le développement de l'empathie pour les victimes (conséquences) et la connaissance des stratégies de prévention de la récidive. En fin de traitement, les participants ont été évalués relativement à ces composantes. De plus, ils ont été évalués quant à la qualité de leur participation au programme de traitement (collaboration et motivation). Un rapport sur la qualité de l'implication dans le traitement de chaque délinquant sexuel est rédigé par les agents de programme. Toutefois, cette évaluation est de nature qualitative et nécessite une codification pour être utilisée à des fins de recherche. La codification des données relatives à l'implication dans le traitement fut réalisée par les assistants de recherche. Chaque variable relative à l'implication en traitement a été codée : 1 = absence; 2 = partiellement présent et 3 = présent. Par la suite, trois échelles ont été construites en calculant la moyenne des scores des variables d'implication en traitement. Pour chacune de ces échelles, la consistance interne fut évaluée avec des coefficients alpha de Cronbach (Cronbach, 1951). Notre échelle de *reconnaissance des faits* inclut la reconnaissance 1) du délit, 2) de la responsabilité et 3) des conséquences ($\alpha = .77$). Notre échelle de connaissance de la *prévention de la récidive* comprend la connaissance 1) du cycle d'agression, 2) des situations à risque de récidive et 3) des stratégies de prévention de la récidive ($\alpha = .87$). Notre échelle de *collaboration/motivation* durant le traitement intègre 1) la participation dans le groupe de traitement, 2) la réalisation des devoirs demandés, 3) le partage des opinions et du vécu personnel et 4) le respect des autres participants ($\alpha = .81$). Chaque échelle varie entre 1 et 3 (1 équivalant à « non », 2, à « partiellement » et 3, à « oui »). Plus la moyenne est élevée à chacune des échelles, plus on observe une grande implication en traitement.

La codification des données a été effectuée par quatre assistants de recherche. Ainsi, des accords inter-juges pour 20 dossiers (environ 5 %) ont été réalisés afin de

vérifier la fidélité des décisions prises. Le coefficient Kappa non pondéré variait entre 0,39 et 0,89, avec une moyenne de 0,62. Les coefficients Kappa pondérés ont également été mesurés, puisque ce type de statistique tient compte de la proximité des réponses des évaluateurs sur une échelle. Deux types de Kappa pondérés ont été mesurés : le Cicchetti-Allison (Cicchetti, et Allison, 1971) et le Fleiss-Cohen (Fleiss et Cohen, 1973). Le coefficient Kappa pondéré de Cicchetti-Allison variait entre 0,45 et 0,90, avec une moyenne de 0,66, et le coefficient Kappa pondéré de Fleiss-Cohen variait entre 0,47 et 0,90, avec une moyenne de 0,71. Les résultats de l'ensemble des coefficients Kappa indiquent des accords inter-juges élevés selon le tableau d'interprétation des coefficients proposé par Landis et Koch (1977).

Dans le cadre d'une peine d'incarcération sous juridiction fédérale, les délinquants sexuels ont l'opportunité de suivre plus d'un programme de traitement en délinquance sexuelle. Les participants de l'étude ont suivi en moyenne 2,4 programmes de traitement en délinquance sexuelle. Les données relatives au dernier programme suivi par chaque participant ont été considérées aux fins d'analyses statistiques. Il est à noter qu'en raison de la procédure de collecte des données (hétérogénéité de l'information disponible dans des dossiers cliniques), il y a plusieurs valeurs manquantes relativement aux données sur le traitement. Ainsi, lors des analyses bivariées, le nombre de sujets varie entre 144 et 243. En ce qui concerne les analyses multivariées, le nombre de sujets varie de 66 à 68 du fait que les sujets qui présentent au moins une valeur manquante sont exclus du modèle (observations censurées).

En ce qui a trait à la mesure de la récidive, la *période de suivi* a débuté au moment du retour dans la collectivité de chacun des participants et s'est terminée en août 2007 (moyenne de 90,7 mois; étendue de 3-261 mois). Dans le but d'obtenir une *période à risque* de récidive précise, nous avons soustrait les périodes où les sujets n'avaient pas l'occasion de récidiver, soit les périodes de suspension de la liberté lors du suivi dans la collectivité et les peines d'incarcération supplémentaires au cours de la période de suivi (Proulx, Tardif, Lamoureux et Lussier, 2000) [moyenne, 77,3 mois; étendue de 3-261 mois]. Trois types de récidive (sexuelle, violente et générale)

ont été répertoriés. La récidive sexuelle est présente lorsque les sujets ont commis : le même type de délit sexuel, un autre type d'agression sexuelle ou tout autre crime sexuel (c.-à-d. le voyeurisme ou l'exhibitionnisme). En raison du *plea bargaining*¹, les délits violents ou sexuels ont été combinés en une catégorie nommée « récidive violente », et ce, afin d'obtenir un portrait plus représentatif des récidives sexuelles. La récidive générale consiste en une nouvelle sentence, peu importe le type de délit. Chaque type de récidive est codé soit « absence de récidive » (0), soit « présence de récidive » (1). Le taux de récidives sexuelles est de 9,5% ($N = 38$), le taux de récidive violentes est de 16,2 % ($N = 65$) et le taux de récidives générales est de 26,9 % ($N = 108$).

STRATÉGIES D'ANALYSE

Dans un premier temps, des analyses bivariées (test U de Mann-Whitney) furent réalisées afin de vérifier la présence de différences entre les récidivistes et les non-récidivistes quant aux variables d'implication dans le traitement. Ensuite, des modèles de régression de Cox hiérarchiques (analyses multivariées) ont été élaborés afin d'évaluer la relation entre nos variables d'implication dans le traitement et chaque type de récidive. Ce type d'analyse est privilégié puisqu'il permet d'inclure les données censurées, soit celles des sujets n'ayant pas récidivé durant la période à risque de récidive. Il permet aussi d'inclure des périodes à risque de récidive variables. De plus, comme le mentionnent Langton, Barbaree, Harkins et coll. (2008) : « *The collection of survival data and the use of techniques such as Cox regression would represent a notable advance on extant research strategies.* » (p. 75.)

Les scores au STATIQUE-99 des participants ainsi que l'issue du traitement (complété ou non) ont été utilisés comme variable de contrôle, et ce, afin d'évaluer la

¹ *Négociation de peine* : « Dans une poursuite pénale, négociation entre les parties en vue de s'entendre sur une solution mutuellement satisfaisante de l'affaire, qui sera ensuite proposée au tribunal. » (Justice Québec, 2007). Suite à une entente prise entre le procureur de la couronne et l'avocat de la défense, il est possible de retirer des chefs d'accusation d'infraction sexuelle et de retenir uniquement les chefs d'accusation d'infraction violente.

contribution unique des variables d'implication dans le traitement dans la prédiction de la récidive. La nécessité d'utiliser l'issue du traitement comme variable de contrôle a clairement été justifiée par Langton et coll. (2008) :

(...) the findings support a link between denial and failure to complete treatment, and also provide grounds for postulating that more comprehensive indices of denial (and minimization) would account for a unique portion of the variance in sexual recidivism in multivariate models. Clearly though, failure to complete treatment would need to be controlled as a predictor covariate in such investigations. (p. 76).

Le STATIQUE-99 a été conçu par Hanson et Thornton (2000) et a été validé en utilisant des échantillons présentant des taux de base variés (Doren, 2004). Cet instrument actuariel contient 10 prédicteurs statiques et le score peut varier entre 0 et 12. Plus le score est élevé, plus les risques de commettre une récidive sexuelle seront élevés.

Des aires sous la courbe ROC (ASC : aire sous la courbe) ont été calculées afin d'évaluer la performance du STATIQUE-99 dans la prédiction de chaque type de récidive. L'aire sous la courbe ROC pour la récidive sexuelle est de 0,69 et est comparable à celle obtenue par Hanson et Thornton (2000), soit 0,71. Concernant la prédiction des autres types de récidive, l'aire sous la courbe est considérée comme passable (violente 0,62 et générale 0,65), ce qui est normal étant donné que le STATIQUE -99 est conçu précisément pour la prédiction de la récidive sexuelle. La zone sous la courbe peut varier entre 0,50, ce qui correspond à une prédiction aléatoire, à 1,0, correspondant à une prédiction parfaite (Hanson et Thornton, 2000).

Tableau 1. Les valeurs des ASC pour les scores au STATIQUE-99

	STATIQUE-99	
	<i>ASC</i>	<i>95% IC</i>
Récidive sexuelle	,69***	,59-,78
Récidive violente	,62**	,54-,69
Récidive générale	,65***	,59-,71

ASC = Aire sous la courbe; IC = Intervalle de confiance

** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Article scientifique

Treatment Involvement and Recidivism among Adult Sexual Aggressors

Anouk Marchand¹ and Jean Proulx^{1,2}

Abstract

The objective of this study was to determine whether admission of the crime (admission of the facts, acceptance of responsibility for the crime, recognition of the consequences for the victim), knowledge of relapse-prevention strategies (knowledge of the offending cycle, high-risk situations, prosocial coping skills), and treatment motivation and collaboration are predictors of recidivism among adult sexual aggressors. Three types of recidivism (sexual, violent, overall) were assessed after a mean follow-up period of 7.5 years among 401 sexual aggressors having served a federal sentence. For each participant, data on treatment received for sexual offending was collected from the Correctional Service of Canada's Offender Management Systems (OMS). The level of treatment collaboration was the only statistically significant predictor of sexual and overall recidivism, after controlling for pre-existing differences between participants with regard to static predictors of recidivism (STATIC-99) and treatment outcome (program completed/not completed or failed). No statistically significant association was observed between variables related to the admission of the crime and knowledge of relapse-prevention strategies, on the one hand, and any of three types of recidivism, on the other. These results agree in part with those of Hanson and Harris (2000), who reported that low treatment collaboration was one of the best predictors of recidivism among sexual aggressors.

Keywords: sexual aggressor; treatment; recidivism

¹Université de Montréal (École de criminologie, Centre international de Criminologie Comparée), Montréal, Québec, Canada.

²Institut Philippe-Pinel de Montréal, Québec, Canada.

In their most recent meta-analysis of recidivism among sexual offenders, Hanson and Morton-Bourgon (2005), with a 5 years follow-up, report a sexual recidivism rate of 12.4%, a violent recidivism rate of 17.5% and a rate of overall recidivism of 30.1%. In contrast, with a two years follow-up, the rate of new convictions among general offenders serving federal sentences in Canada is higher — approximately 44% (Gannon, Mihorean, Beattie, Taylor-Butts and Kong, Statistics Canada, 2005). Nevertheless, sexual offenders, both in Canada and elsewhere, are generally referred to a treatment program, in order to reduce the risk of recidivism.

Most North American treatment programs for sexual offenders are based on a cognitive-behavioural theoretical framework (Lussier & Proulx, 2001; Marshall & Laws, 2003; McGrath, Cumming & Burchard, 2003). The consensus is that cognitive-behavioural treatment programs that include a relapse-prevention module are the most effective means of reducing recidivism among sexual aggressors (Grossman, Martis & Fichtner, 1999; Marshall, Jones, Ward, Johnston & Barbaree, 1991; Marshall & Pithers, 1994; Wood, Grossman & Fichtner, 2000). In fact, recidivism rates have been reported in many studies to be lower among participants in such treatment programs than among non-participants (Bakker, Hudson, Wales & Riley, 1998: 10% vs. 23%; Looman, Abracen, & Nicholaichuk 2000: 23.6% vs. 51.7%; Nicholaichuk, Gordon, Gu & Wong, 2000: 14.5% vs. 33.2%). In addition, meta-analyses have demonstrated the effectiveness of treatment programs based on a cognitive-behavioural theoretical framework (Alexander, 1999; Hall, 1995; Hanson, Gordon, Harris, Marques, Murphy & Quinsey, 2002; Kenworthy, Adams, Bilby, Brooks-Gordon & Fenton, 2004; Lösel & Schmucker, 2005). These convergent results suggest that cognitive-behavioural treatment programs that include a relapse-prevention module reduce recidivism among sexual offenders. It is nevertheless necessary to determine not only the overall effectiveness of this type of treatment, but also the factors or treatment dimensions that are actually responsible for any reduction in recidivism rates.

Cognitive-behavioural intervention programs are multimodal. In 2005, the Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA) published guidelines for

the treatment of adult sexual offenders. According to these guidelines, such treatment must be structured, adhere to cognitive-behavioural principles, and focus on relapse-prevention — specifically, the identification of the offence chain and the development of prosocial coping skills. In addition, a variety of therapeutic endpoints, including a reduction of denial and an increase in empathy towards victims, are recommended. The Safer Society 2002 Nationwide Survey (McGrath, Cumming & Burchard, 2003) indicated that the priority endpoints of then-current treatment programs for sexual offenders included the acceptance of responsibility for the offence (89%) and the development of empathy towards victims (93%). Relapse-prevention (RP) modules were, however, the most common intervention (97%) (McGrath, Cumming & Burchard, 2003).

The impact of relapse-prevention programs on recidivism by sexual aggressors is unclear. In fact, studies of the effectiveness of a relapse-prevention approach among sexual offenders are rare, and, as Laws (1999) has noted “*Perhaps the most remarkable thing about RP is the way it has been uncritically accepted. Until quite recently, it has successfully escaped empirical scrutiny.*” (p. 290). Nevertheless, the results of two recent studies indicate that sexual offenders remember what they have learned about the prevention of recidivism for at least 5 years (Fisher, Beech & Browne, 2000; Sawyer & Pettman, 2006). The real use made of this knowledge and what its effect on recidivism is remain open questions, however. Reviewing the results of their evaluation of a treatment program centering on relapse prevention, Marques, Wiederanders, Day, Nelson and Ommeren (2005) concluded “*...our result do not generally support the efficacy of the RP model...*” (p. 79). However, it should be borne in mind that in the study by Hanson and Harris (2000), recidivists tended to perceive themselves as being at a lesser risk of recidivism and took less care to avoid high-risk situations ($r = 0.38, p < 0.001$). In summary then, the results regarding the impact of the knowledge of relapse-prevention interventions on recidivism are contradictory.

What does the literature have to say about another aspect of treatment, the association between recidivism and the admission of the crime? The few studies of

the admission of the crime (admission of the facts of the crime, and acceptance of responsibility, recognition of the consequences for the victim) have produced contradictory results. Firstly, recidivism by sexual offenders is not higher among deniers (offenders who do not admit the facts of the offence) than among non-deniers (Marshall, Thornton, Marshall, Fernandez & Mann, 2001). Meta-analyses by Hanson and Bussière (1998) and Hanson and Morton-Bourgon (2005) also have concluded that denial is not a risk factor for sexual recidivism. However, Nunes, Hanson, Firestone, Moulden, Greenberg and Bradford (2007) have demonstrated that denial is associated with high sexual recidivism rates among low-risk sexual offenders (incestuous fathers), and with low sexual recidivism rates among high-risk offenders (homosexual pedophiles). Secondly, few studies have focused on the relationship between sexual recidivism and acceptance of responsibility by offenders. Marques, Nelson, West and Day (1994) are among the few researchers to have investigated this dimension of treatment. Their results indicate that although acceptance of responsibility was not a predictor of sexual recidivism, it was significantly associated with participation in treatment. Similar results were reported by Hanson and Morton-Bourgon (2005). Thus, the association between sexual recidivism and admission of the crime during treatment remains controversial.

Another aspect of treatment for which contradictory results have been reported is treatment motivation and collaboration. On the one hand, Barbaree (2005) found that behaviour during treatment was unrelated to any type of recidivism. On the other hand, the results of a study by Harris, Rice and Cormier (1991) indicate that recidivists exhibit more behavioural problems during treatment (lack of respect, aggressive behaviour) than do non-recidivists. Hanson and Harris (2000) reported low involvement in treatment by the recidivists in their sample. Finally, the results of the meta-analyses of Hanson and Bussière (1998) and Hanson and Morton-Bourgon (2005) indicate that low motivation for treatment is not a predictor of sexual recidivism among sexual aggressors.

There is no question that the reduction of recidivism is the most important criterion of treatment effectiveness. Nevertheless, as Marshall and Serran (2000)

point out, special attention should be paid to each treatment component's specific effect on recidivism. However, the results concerning the impact of certain components of treatment on sexual aggressors' recidivism rates are contradictory. This may be due to the low statistical power of some of the studies, the failure of most studies to take into consideration the length of the recidivism risk period, and the frequent recourse to dichotomous variables, which are unsatisfactory measures of treatment components. The objective of this study was therefore to shed light on these contradictory results, by determining whether treatment involvement, which encompasses admission of the crime, knowledge of relapse-prevention strategies, and treatment motivation and collaboration, predicts sexual, violent, and overall recidivism in a sample of adult sexual aggressors.

Methodology

Participants

Between 1995 and 2000, a total of 593 sexual aggressors serving a federal sentence (i.e. a sentence of two years or more) agreed to participate in a study of recidivism; this corresponded to a participation rate of 93%. Of these, 192 were excluded: 4 died before they could be released, 29 were still incarcerated at the end of the follow-up period and had not obtained any form of parole, 9 were excluded because their files in the Offender Management System (OMS) were not accessible due to computer-related reasons, 1 participant was found not guilty after he had served his sentence, and 149 participants had not followed any treatment program for sexual offending. In all, 401 sexual aggressors participated in the study: 97 sexual aggressors of adult women (women at least 16 years old), 177 sexual aggressors of children (children no older than 12 years), 44 hebephiles (victims 13-15 years old), 76 polymorphic sexual aggressors (victims in multiple age categories), and 7 subjects whose type could not be determined. At the end of incarceration, the mean age of participants was 43.7 years ($SD = 11.7$). In 77.6% of cases, subjects were serving their first federal sentence (mean duration: 3.7 years).

Data collection

Data collection proceeded in two phases. The first phase was conducted between 1995 and 2000. A consent form authorizing the use for research purposes of information contained in the Offender Management System was signed by 593 sexual aggressors. All participants were assessed during intake assessment. The assessment consisted of a semi-structured interview based on a computerized sexual-offending questionnaire (St-Yves, Proulx & McKibben, 1994) which captures information on correctional, criminal, academic, and familial histories, lifestyle, and characteristics of crimes (pre-crime phase, crime phase, post-crime phase) and victims. Demographic data was also collected. A STATIC-99 score was calculated on the basis of responses to this questionnaire.

The second phase of data collection was conducted during 2006 and 2007. Data on each participant's involvement with treatment for sexual offending was collected from the Offender Management System. Information on recidivism was obtained in Summer 2007 from the Royal Canadian Mounted Police's Fingerprint Service reports, also contained in the Offender Management System. Despite the limitations of measures of recidivism based on official information, this procedure is a reliable, valid, and practical measure of recidivism (Proulx, Tardif, Lamoureux & Lussier, 2000).

Measures

Treatment outcome

A coding scheme was developed in order to capture information on the treatment for sexual offending received by the participants. Firstly, the treatment outcome coded by Correctional Service of Canada program officers was recoded into two categories: 1) Program uncompleted or unsuccessfully completed, which included participants who did not complete the treatment program for various reasons (suspension from program, release prior to end of program, transfer to another

facility) or who did complete the program but were deemed to have failed ($N = 119$);
 2) Program successfully completed ($N = 241$).

Treatment involvement variables

Subsequently, the data related to treatment involvement was collected. It should be noted that all treatment programs for sexual offenders offered by the Correctional Service of Canada are based on a cognitive-behavioural theoretical framework, and that all treatment is in groups (CSC, 2007). These programs include the following treatment goals: admission of the facts of the crime, acceptance of responsibility, development of empathy for victims (i.e. recognition of consequences), and knowledge of relapse-prevention strategies. The participants' achievement of these goals is routinely assessed at the end of treatment by their therapists. In addition, their motivation with regard to, and collaboration with, the treatment program was assessed. A qualitative report on each participant's treatment involvement was produced by treatment providers. To transform the report results into data suitable for statistical analysis, research assistants coded the treatment information involvement item into 3 scales. The internal consistency of each scale was evaluated by Cronbach's alpha (Cronbach, 1951). The first scale was the *admission of crime scale*, was composed of 3 items: 1) admission of the facts of the crime; 2) acceptance of responsibility; 3) recognition of the consequences of the crime ($\alpha = 0.77$). The second scale, the *knowledge of relapse-prevention strategies scale*, was composed of 3 items: 1) knowledge of the offence cycle; 2) knowledge of situations that expose the participant to a high risk of recidivism; 3) knowledge of prosocial coping skills ($\alpha = 0.87$). The third scale, the *involvement scale*, was composed of 4 items: 1) participation in treatment groups; 2) completion of assignments; 3) sharing of opinions and personal experiences; 4) respect for other participants ($\alpha = 0.81$). Each items in all scales was scored on a 3-point scale (1 = not present; 2 = partially present; 3 = fully present). For each scale, the mean of the items scores was calculated yielding a range of 1 to 3. A higher mean on the scale indicates a higher treatment involvement.

The data was coded by four research assistants. Inter-rater reliability was assessed in a sample of 20 files (approximately 5%). The mean raw kappa was 0.62 (range: 0.39-0.89). Weighted kappas were also determined, as this type of statistic takes into account the proximity of the raters' responses to each other on a three-point scale. Two types of weighted kappa were determined: Cicchetti-Allison (Cicchetti, et Allison, 1971) and Fleiss-Cohen (Fleiss et Cohen, 1973). The mean Cicchetti-Allison weighted kappa was 0.66 (range: 0.45-0.90), and the mean Fleiss-Cohen weighted kappa was 0.71 (range: 0.47-0.90). Comparison of these kappa statistics with the reference table for kappa statistics proposed by Landis and Koch (1977) indicates high inter-rater reliability.

Offenders serving federal sentences have the opportunity to take a treatment program for sexual offending. On average, the participants in this study took 2.4 such programs. The statistical analyses were based on the last sexual offending treatment program taken by each participant. It should be noted that because of the heterogeneity of information in the treatment reports there were several missing values in the data set. Thus, the number of participants available for the various bivariate analyses varied from 144 to 243. For the multivariate analyses, the number of subjects varied from 66 to 68, because of censored data (i.e. participants with at least one missing value).

Risk of recidivism (STATIC-99)

The risk of recidivism was assessed with the STATIC-99. The STATIC-99 scale was designed by Hanson and Thornton (2000), and validated in samples with a variety of base rates (Doren, 2004). This actuarial instrument comprises 10 static predictors, and produces a score that ranges from 0 to 12 — the higher the score, the greater the risk of sexual recidivism. The mean score for the sample is 2.67 ($SD = 2.03$).

Recidivism

Three types of recidivism — sexual, violent, overall — were determined. Sexual recidivism was defined as any new sentence for the same type of sexual aggression, another type of sexual aggression, or any other type of sexual crime (e.g. voyeurism, exhibitionism). To take into account plea bargaining, and obtain as representative a portrait as possible of sexual recidivism, violent and sexual crimes were combined into a single category, “violent recidivism”. Overall recidivism was defined as any new sentence for any type of crime. Each type of recidivism was coded as either absent or present.

Follow-up

The follow-up period began at the moment of release to the community of each participant and ended in August 2007 (mean: 90.7 months, range: 3-261 months). In order to obtain a precise time at risk of recidivism, we subtracted the periods during which participants did not have the opportunity to offend (e.g. periods of suspended parole, supplemental sentences served during the follow-up period). The resultant mean time at risk was 77.3 months (range: 3-261 months).

Statistical analyses

Initially, bivariate analyses were conducted in order to determine the presence of differences in treatment involvement between recidivists and non-recidivists. Following this, Cox hierarchical regression models (multivariate analyses) were conducted, in order to evaluate the relationship between treatment involvement and each type of recidivism. The advantages of this analytical approach are that it accommodates variable at-risk periods and censored data, i.e. subjects for whom no recidivism had been observed during the at-risk period. Equally, as mentioned by Langton, Barbaree, Harkins et al. (2008), “*The collection of survival data and the use of techniques such as Cox regression would represent a notable advance on extant research strategies.*” (p. 75).

Participants' STATIC-99 scores and treatment outcomes (success or failure) were used as control variables during the statistical estimation of the prediction of recidivism by treatment involvement variables. The necessity of using treatment outcome as a control variable has been clearly enunciated by Langton et al. (2008): *"...the findings support a link between denial and failure to complete treatment, and also provide grounds for postulating that more comprehensive indices of denial (and minimization) would account for a unique portion of the variance in sexual recidivism in multivariate models. Clearly though, failure to complete treatment would need to be controlled as a predictor covariate in such investigations."*(p. 76).

To verify the prediction validity of the STATIC-99, areas under the ROC curve (AUC) were conducted. The AUC may vary between 0.50, which corresponds to random prediction, and 1.0, which corresponds to perfect prediction (Hanson & Thornton, 2000). The AUC for sexual recidivism was 0.69 and is comparable to the 0.71 reported by Hanson and Thornton (2000). For the other types of recidivism, the AUC was considered moderate (violent: 0.62, overall: 0.65); this was foreseeable, since the STATIC-99 scale was designed specifically for the prediction of sexual recidivism.

Table 1. Areas under the curve for STATIC-99 scores

	STATIC-99	
	<i>AUC</i>	<i>95% CI</i>
Sexual recidivism	.69***	.59-.78
Violent recidivism	.62**	.54-.69
Overall recidivism	.65***	.59-.71

AUC = area under the curve; CI = confidence interval

** $p < .01$ *** $p < .001$

Results

Measures of treatment involvement

Prior to the multivariate analyses, we conducted a series of bivariate analyses, in order to better specify our model and avoid problems of multicollinearity. No

significant association was observed between the total number of treatment programs of any type and measures of treatment involvement (admission of the crime, $r = -.040$, *ns*; knowledge of relapse-prevention strategies, $r = -.038$, *ns*; treatment motivation/collaboration, $r = -.059$, *ns*). However, it appears that the greater the number of sexual offending programs participants attended, the more likely they were to admit the facts of their crime ($r = 0.217$, $p < .01$). Measures of treatment involvement were not correlated to the age of participants (admission of the crime, $r = -.154$, *ns*; knowledge of relapse-prevention strategies, $r = .070$, *ns*; treatment motivation/collaboration, $r = .087$, *ns*), or with the number of previous federal sentences served (admission of the crime, $r = .034$, *ns*; knowledge of relapse-prevention strategies, $r = -0.123$, *ns*; treatment motivation/collaboration, $r = -.058$, *ns*). Admission of the crime was moderately correlated with knowledge of relapse-prevention strategies ($r = .350$, $p < .05$) and with treatment motivation/collaboration ($r = .309$, $p < 0.05$). Thus, the more participants admitted their crimes by the end of treatment, the better they knew relapse-prevention strategies and were motivated and collaborated. No significant difference in treatment involvement was observed between sexual aggressors of children, sexual aggressors of adult women, polymorphic sexual aggressors, and hebephiles. Finally, participants who successfully completed their treatment were more likely to admit the facts of their crimes than did those who had not completed treatment or had unsuccessfully completed it (*Mdn*: success: 3.00; failure: 2.00; $p < .001$). These results are not surprising, as participants who did not admit their crime were in most cases withdrawn from treatment programs for sexual offending.

Recidivism

The rate of sexual recidivism was 9.5% ($N = 38$), the rate of violent recidivism was 16.2% ($N = 65$) and the rate of overall recidivism was 26.9% ($N = 108$). Mann-Whitney U analyses of variance (Mann et Whitney, 1947) were conducted for each type of recidivism, in order to identify significant differences in treatment involvement between recidivists and non-recidivists. Considering that the treatment involvement scales are not normally distributed, non parametric tests were used

(Mann-Whitney U) and interpretations were thus done using the medians. Sexual non-recidivists collaborated with treatment and were more motivated than recidivists ($Z = -2.52$; $p < .01$). Violent recidivists exhibited less knowledge of relapse-prevention strategies than did non-recidivists ($Z = -2.08$; $p < .05$). Overall non-recidivists collaborated more with treatment and were more motivated than recidivists ($Z = -1.82$; $p < .07$).

Table II. Median measures of treatment involvement for three types of recidivism

		Median		Z	N
		Non-recidivists	Recidivists		
<i>Sexual</i>					
AC		2.67	2.58	-0.615	144
KRPS		2.67	2.50	-0.342	159
C/M		2.33	1.71	-2.522**	243
<i>Violent</i>					
AC		2.67	2.58	-0.412	144
KRPS		2.67	2.33	-2.079*	159
M/C		2.42	2.00	-1.607	243
<i>Overall</i>					
AC		2.67	2.58	-0.483	144
KRPS		2.67	2.67	-0.011	159
M/C		2.50	2.00	-1.819†	243

AC = admission of the crime (1-3); KRPS= knowledge of relapse-prevention strategies (1-3); M/C = treatment motivation/collaboration (1-3)

* $p < .05$ ** $p < .01$ † $p < .07$

Recidivism-Prediction Models

Hierarchical Cox regression survival analysis was conducted in order to assess the contribution of each treatment involvement variable to the prediction of recidivism. For each type of recidivism (sexual, violent, overall), the STATIC-99 score and the treatment outcome (success or failure) were entered into Step 1 of the analysis. In Step 2, scores on treatment involvement scales were added.

The predictive model for sexual recidivism was not significant at Step 1 ($X^2(2) = 5.42$; *ns*). When treatment involvement scores were added (Step 2), the model was significant ($X^2(5) = 11.28$; $p < .05$). However, only treatment motivation/collaboration was associated with sexual recidivism ($p < .05$). Thus, for

each unit increase in the treatment motivation/collaboration scale, the rate of sexual recidivism decreased by a factor of 2.94 ($e^B = 0.34$). These results are presented in Table III.

Table III. Prediction of sexual recidivism by treatment involvement

	Step 1			Step 2		
	Wald	e^B	95% CI e^B	Wald	e^B	95% CI e^B
Sexual recidivism						
STATIC-99 score	5.08*	1.33	1.04-1.69	3.29	1.31	0.98-1.76
Treatment outcome (success/failure)	0.11	1.43	0.18-11.29	0.64	2.45	0.27-22.01
Admission of crime				0.58	1.84	0.39-8.74
Relapse-prevention strategies				0.03	0.86	0.21-3.62
Treatment motivation/collaboration				5.49*	0.34	0.14-0.84

* $p < .05$

The predictive model for violent recidivism was significant at Step 1 ($X^2(2) = 6.87$; $p < .01$). However, only the STATIC-99 scores were predictors of violent recidivism. The model was marginally significant at Step 2 ($X^2(5) = 10.95$; $p = .05$). Here again, only the STATIC-99 scores were predictors of violent recidivism. Thus, for each unit increase in the STATIC-99 score, the rate of violent recidivism increased by a factor of 1.28 ($e^B = 1.28$). These results are presented in Table IV.

Table IV. Prediction of violent recidivism by treatment involvement

	Step 1			Step 2		
	Wald	e^B	95% CI e^B	Wald	e^B	95% CI e^B
Violent recidivism						
STATIC-99 score	6.04*	1.31	1.06-1.62	5.86*	1.28	1.04-1.57
Treatment outcome (success/failure)	0.14	0.71	0.09-5.36	0.09	0.72	0.09-5.67
Admission of crime				0.33	1.52	0.36-6.32
Relapse-prevention strategies				3.12	0.36	0.12-1.10
Treatment motivation/collaboration				0.04	0.91	0.38-2.15

* $p < .05$

The predictive model of overall recidivism was significant at Step 1 ($\chi^2(2) = 11.06$; $p < .01$). In this model, only the STATIC-99 scores were associated with overall recidivism ($p < .05$). The model was significant at Step 2 ($\chi^2(5) = 14.56$; $p < .01$). Both STATIC-99 scores and treatment motivation/collaboration were associated with recidivism ($p < .01$; $p < .05$). Thus, for each unit increase in the treatment motivation/collaboration, the rate of overall recidivism decreased by a factor of 1.75 ($e^B = 0.57$). These results are presented in Table V.

Table V. Prediction of overall recidivism by treatment involvement

	Step 1			Step 2		
	Wald	e^B	95% CI e^B	Wald	e^B	95% CI e^B
Overall recidivism						
STATIC-99 score	9.53**	1.29	1.09-1.51	6.93**	1.27	1.06-1.52
Treatment outcome (success/failure)	0.82	1.96	0.46-8.42	1.59	2.77	0.57-13.49
Admission of crime				0.03	1.09	0.39-3.02
Relapse-prevention strategies				0.02	1.07	0.38-3.05
Treatment motivation/collaboration				3.89*	0.57	0.33-0.99

* $p < .05$, ** $p < .01$

Discussion

The 9.5% sexual recidivism rate of the participants in this study after a follow-up period of 7.5 years is relatively low compared to those reported in the literature (Hanson & Morton-Bourgon, 2005: 12.4%; 5 years follow-up; Lösel & Schmucker, 2005: 11.1%; 5 years follow-up or more; Nicholaichuk et al., 2000: 14.5%; 6 years follow-up). Furthermore, a statistically significant difference was observed between the real rate of sexual recidivism among the subjects in our study and that estimated by the STATIC-99 scale. These results suggest that the Correctional Service of Canada's cognitive-behavioural treatment programs including a relapse-prevention program module sexual offending are in fact effective in reducing sexual recidivism.

Our results indicate, however, that knowledge of relapse-prevention strategies (knowledge of offending cycle, of situations exposing participants to a high risk of recidivism, and of prosocial coping skills) is not associated with recidivism. These results agree with those of Marques et al. (2005), who reported that the recidivism rates of sexual aggressors who followed a treatment program based on a relapse-prevention approach were equivalent to those of a control group comprising subjects who did not receive such treatment. Nevertheless, the results of Fisher, Beech and Browne (2000) and of Sawyer and Pettman (2006) suggest that sexual aggressors remember what they learned about relapse prevention, even after a follow-up period of 5 years. Furthermore, in our study, both recidivists and non-recidivists did learn something about relapse prevention. A possible explanation for these results is that sexual aggressors simply do not apply what they learned during the relapse-prevention module.

McKibben, Proulx and Lussier (2001) suggested several possible explanations for the failure of adult sexual aggressors to apply strategies learned in treatment for the management of deviant sexual fantasies: lack of will to apply these strategies, anticipation of failure in the adequate application of these strategies, and emotional disturbance. Other authors have suggested that sexual aggressors possess the skills necessary to cope with stressful situations but are unmotivated to apply them (Keenan & Ward, 2000; Thornton, 1997 in Laws, 2000).

It is also possible that the failure of sexual aggressors to apply relapse-prevention strategies is due to poor self-control. In fact, impulsive acts and poor cognitive problem solving are among the best stable dynamic predictors of both sexual (impulsive acts: AUC=0.64, N=799; poor cognitive problem resolution skills: AUC=0.60, N = 799) and overall (impulsive acts: AUC=0.69, N = 799; poor cognitive problem resolution skills: AUC = 0.64, N = 799) recidivism (Hanson, Harris, Scott & Helmus, 2007). It is therefore possible that there are factors that hinder sexual aggressors from applying the relapse-prevention strategies they learned in treatment.

The ineffectiveness of relapse-prevention strategies may also be due to the nature of the offending process in some types of sexual aggressors. Ward and Hudson (1998, 2000) have developed a self-regulation model that comprises four offending pathways. One of these is the avoidant-passive pathway, which is typical of a sexual aggressor who wishes to refrain from offending but who possesses inadequate skills and knowledge to control his behaviours (Ward and Hudson, 1998, 2000). The traditional model of relapse prevention provides adequate strategies for the reduction of the risk of recidivism of this type of sexual aggressor. However, this model is ineffective for the three other offending processes, namely avoidant-active, automatic, and explicit. Thus, the relapse-prevention strategies learned in treatment do not appear to be appropriate means of interrupting the offending process of sexual aggressors who are not avoidant-passive.

The *admission of crime* score was not a predictor of any type of recidivism. These results converge with other published research, which report the absence of an association between denial of the facts of the crime and sexual recidivism among sexual aggressors (Hanson & Bussière, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2005; Marques, Nelson, West & Day, 1994; Marshall, Thornton, Marshall, Fernandez & Mann, 2001). A possible explanation for this lack of relationship is related to the time at which the admission of the facts of the crime was measured. The results of the study by Barrett, Wilson and Long (2003) indicate that admission of guilt and acceptance of responsibility change over time, peaking at the time of post-treatment

assessment, decreasing significantly upon release to the community, and peaking again upon assessment carried out as part of treatment in the community. Barrett et al. (2003) reported a positive correlation between recidivism and the acceptance of guilt and responsibility during treatment in community follow-up. In the present study, data related to the admission of the crime was collected solely during post-treatment assessment. It is possible that admission of the crime by the participants in our study would have been different had it been assessed during community follow-up.

Admission of the crime was not a predictor of recidivism among the sexual aggressors in our sample. However, it appears that this dimension of treatment is associated with the level of knowledge of relapse-prevention strategies and with treatment motivation/collaboration. These results agree with those of Levenson and Macgowan (2004), who mention that admission of the crime is a crucial determinant of treatment collaboration.

The results of our study indicate that treatment motivation and collaboration are related to sexual recidivism. In fact, the higher the sexual aggressors' treatment motivation and collaboration were, the lower their chances of recidivism were. These results agree with those reported in the literature (Hanson & Harris, 2000; Hanson, Harris, Scott & Helmus, 2007; Marshall & Marshall, 2007). The results from Marshall and Marshall (2007) are particularly noteworthy. The Rockwood Preparatory Program developed by these authors is a preparatory program for the main program offered to sexual aggressors. The sexual and overall recidivism rates of participants who attended the preparatory program were significantly lower than those of the comparison group who had not attended the preparatory program.

Our results indicate that both sexual and overall non-recidivists exhibit better treatment motivation and collaboration than do recidivists. It is thus possible that the level of motivation and collaboration in treatment programs for sexual offending reflect a general desire for change. This hypothesis is consistent with the results of the study by Stewart and Millson (1995) conducted among more than 2400 offenders paroled by the Correctional Service of Canada. In that study, a positive correlation was observed between the general motivation for change assessed by changes in the

dynamic factors targeted by the correctional system (work, marital status, general attitude), and the success of conditional release. Thus, offenders who exhibit high motivation for and collaboration in treatment for sexual offending may also be motivated to improve other problematic areas of their lives. In other words, general motivation for overall change may be an underlying factor in the reduction of both sexual and overall recidivism.

Motivation and collaboration are crucial dimensions of the treatment of sexual aggressors, and should be the focus of future studies. Although our results indicate that treatment motivation and collaboration are related to recidivism among sexual aggressors, we were unable to identify the internal and external motivations for recidivism. The Multifactor Offender Readiness Model (MORM) developed by Ward, Day, Howells and Birgden (2004) is based on the premise that offenders' involvement in treatment is a function of both internal (expectations of offenders, level of general distress) and external (time and place of treatment, existence of a support network) factors. Those authors suggest that the presence of these factors increases treatment involvement and reduces the risk of recidivism. Such a model has not, however, been empirically evaluated.

There are a number of limitations to the present study. First, the results depend on the nature and quality of the information in the Offender Management System. However, there is no way to know if the information is recorded accurately. Second, the assessment of the admission of the crime, the knowledge of relapse-prevention strategies, and treatment motivation/collaboration is based on the clinical judgement of treatment providers. Objective measures of this information would have been preferable. It would be useful to construct validated and standardized assessment scales that could objectively assess changes among participants receiving cognitive-behavioural treatment, a task easier said than done (Barrett and al., 2003). Finally, the treatment reports from which the data were collected were neither uniform in content nor structured for research purposes. As a result, there were many missing values in our data set.

What are the potential implications of the results of this study to improve the effectiveness of current treatment programs for sexual offending? First, as previously noted by Beech and Fisher (2000), sexual aggressors who deny their acts should not automatically be excluded from treatment, as admission of the crime is not a predictor of recidivism. Of course, other factors, such as the potential negative effect of the presence of a denier on other group members, may mean that an offender in denial is not retained in treatment. Second, as demonstrated by Marques and al. (2005) and others (e.g., Laws, Hudson and Ward, 2000), traditional RP concepts do not appear to be helpful. While research is still needed, it appears that the self-regulation model better reflects the variety of recidivism processes present among sexual aggressors. It may be that treatments based on self-regulation will yield more positive results. Third, treatment programs should ensure they pay attention to treatment motivation and collaboration issues. Finally, since treatment motivation is a dynamic, rather than static, concept (Barrett et al., 2003; Tierney & McCabe, 2002), future studies should focus on the identification of the internal and external factors responsible for its maintenance. The present study indicates that the level of treatment motivation and collaboration is related to recidivism, but was not designed to identify the factors that influence motivation and collaboration.

Several studies have investigated the effectiveness of treatment programs for sexual offending. It is now possible to suggest that cognitive-behavioural treatment effectively reduces the recidivism rate among sexual aggressors. Future studies are however necessary in order to evaluate the effectiveness of therapeutic components, both singly and in combination. More specifically, it would be useful to elucidate the relationship between treatment motivation and collaboration, on the one hand, and the level of risk, and other individuals characteristics such as social skills and self-esteem, or factors related to psychosocial adaptation (work, intimate relationships and social network), on the other.

Conclusion

Cette étude avait comme objectif de vérifier si la reconnaissance du délit (faits, responsabilité et conséquences), la connaissance des stratégies de prévention de la récidive (connaissance du cycle de passage à l'acte, des situations à risque de récidive et des moyens de rechange au passage à l'acte) et la collaboration/motivation dans le traitement permettent de prédire la récidive sexuelle, violente et générale chez des agresseurs sexuels adultes. Les résultats présentés dans cette étude indiquent que seule la collaboration/motivation dans le traitement permet de prédire la récidive sexuelle et générale chez les agresseurs sexuels de notre échantillon.

Ces résultats concordent avec ceux présentés dans certains écrits scientifiques portant sur l'efficacité des traitements destinés aux agresseurs sexuels, lesquels indiquent que la reconnaissance du délit et la connaissance des stratégies de prévention de la récidive ne sont pas en lien avec la récidive. En effet, les résultats de l'étude de Marques et coll. (2005) indiquent que les agresseurs sexuels ayant suivi un programme de traitement basé sur l'approche de la prévention de la récidive ne présentaient pas un taux de récidive significativement plus bas en comparaison des agresseurs sexuels n'ayant pas suivi de programme de traitement. Différentes explications sont possibles afin de comprendre l'absence de relation entre la connaissance des stratégies de prévention de la récidive et l'occurrence d'une récidive chez des agresseurs sexuels. Premièrement, puisque les agresseurs sexuels se souviennent des apprentissages acquis lors du module de la prévention de la récidive (Fisher, Beech et Browne, 2000; Sawyer et Pettman, 2006), l'absence de relation pourrait s'expliquer par la non-utilisation de ces apprentissages. La non-utilisation des stratégies de la prévention de la récidive pourrait résulter d'un manque de volonté (les agresseurs sexuels préféreraient le plaisir que procurent les fantasmes sexuelles

déviantes plutôt que l'effort de changer), d'un manque de confiance en soi quant à la capacité d'utiliser efficacement ces stratégies (les agresseurs sexuels n'utiliseront pas les stratégies apprises puisqu'ils estiment qu'ils sont incompetents socialement) ainsi que de la présence de troubles émotionnels (sentiments négatifs envahissants qui limitent les capacités cognitives nécessaires à l'utilisation des stratégies apprises) (McKibben, Proulx et Lussier, 2001). En outre, la faible maîtrise de soi chez certains agresseurs sexuels (Hanson, Harris, Scott et Helmus, 2007) pourrait limiter l'utilisation des stratégies de la prévention de la récidive. En effet, les individus impulsifs n'évaluent que sommairement les options possibles ainsi que les conséquences avant de commettre un geste.

Deuxièmement, les stratégies de la prévention de la récidive présentées dans le cadre des traitements actuels en délinquance sexuelle s'avéreraient efficaces uniquement pour certains agresseurs sexuels. En effet, le modèle traditionnel de la prévention de la récidive propose une seule trajectoire de passage à l'acte pour tous les types d'agresseurs sexuels, et fournit donc des stratégies de prévention de la récidive qui s'appliquent uniquement à cette trajectoire. Or, les agresseurs sexuels présentent une variété de trajectoires de passage à l'acte délictuel (Ward, Bickley, Webster, Fisher, Beech et Eldridge, 2004). Ainsi, ceux qui ont des trajectoires de passage à l'acte autres que celle qui est prise en compte par le modèle traditionnel de la prévention de la récidive, n'acquerront pas, dans le cadre d'un traitement, les stratégies appropriées afin de prévenir la récidive. Ward et Hudson (2000) ont élaboré un modèle de la récidive plus complet, le *modèle d'autorégulation (self-regulation model)*, lequel comporte quatre trajectoires de passage à l'acte : *avoidant-passive*, *avoidant-active*, *approach-automatic* et *approach-explicit*. La trajectoire *avoidant-passive* est celle qui correspond le mieux au modèle traditionnel de la prévention de la récidive (Ward et Hudson, 2000). Cette trajectoire correspond à l'agresseur sexuel dont le but est de s'abstenir d'actualiser ses fantasmes sexuelles déviantes, mais qui ne dispose pas des habiletés requises pour se maîtriser et éviter le passage à l'acte (Ward et Hudson, 2000). Il se placera dans des situations apparemment anodines qui le conduiront au passage à l'acte. De plus, les stratégies utilisées afin de prévenir la récidive seront passives et inefficaces (se distraire, penser à autre chose). La

deuxième trajectoire, *avoidant-active*, concerne les agresseurs sexuels qui ont également comme objectif d'éviter le passage à l'acte (Ward et Hudson, 2000). Toutefois, ils utiliseront des stratégies de prévention de la récidive dites actives, par exemple, la consommation d'alcool. Tout comme la trajectoire précédente, ces stratégies seront inefficaces dans la prévention de la récidive. La troisième trajectoire, *approach-automatic*, concerne les agresseurs sexuels qui n'ont pas comme objectif d'éviter le passage à l'acte (Ward et Hudson, 2000). Ils agissent souvent sous l'impulsion du moment et dans un état émotionnel positif. Finalement, la dernière trajectoire, *approach-explicit*, correspond à l'agresseur sexuel qui adhère à un mode de vie centré sur la prédation sexuelle. Il planifie ses délits et perçoit l'agression sexuelle comme étant un moyen approprié de combler un besoin sexuel (Ward et Hudson, 2000). En somme, le *self-regulation model* tient compte de la diversité des trajectoires de passage à l'acte et propose donc des stratégies de prévention de la récidive appropriées pour chaque agresseur sexuel.

Les résultats de la présente étude quant à la reconnaissance du délit concordent également avec les résultats présentés dans les études antérieures (Hanson et Bussière, 1998; Hanson et Morton-Bourgon, 2005; Marques, Nelson, West et Day, 1994; Marshall, Thornton, Marshall, Fernandez et Mann, 2001), lesquels indiquent une absence de relation entre la reconnaissance du délit et la récidive. Toutefois, selon les résultats de l'étude de Hanson et Harris (2000), les récidivistes présentaient une reconnaissance moindre de leur délit comparativement aux non-récidivistes. Le moment de la mesure de la reconnaissance du délit pourrait expliquer ces résultats contraires, puisque l'acceptation de la culpabilité et de la responsabilité tend à changer au cours du temps (Barrett, Wilson et Long, 2003). Ainsi, selon le moment où la mesure de la reconnaissance des faits a été prise (mesure prétraitement ou post-traitement), les résultats peuvent varier d'une étude à l'autre.

Finalement, les résultats de notre étude indiquent que la collaboration/motivation en traitement sont en lien avec la récidive sexuelle et générale chez les sujets de notre échantillon. Ces résultats concordent avec ceux de Hanson et Harris (2000); Hanson, Harris, Scott et Helmus (2007); Harris, Rice et Cormier (1991) et

Marshall et Marshall (2007a), lesquels indiquent que les non-récidivistes collaborent davantage et sont plus motivés à l'égard de l'intervention que les récidivistes.

Implications cliniques

Les résultats de notre étude nous permettent d'élaborer différentes recommandations cliniques. D'abord, dans bien des cas, les agresseurs sexuels qui nient leur délit sont retirés des programmes de traitement. Or, à la lumière de nos résultats et de ceux présentés dans d'autres écrits scientifiques, la non-reconnaissance du délit dans le cadre d'un traitement ne constitue pas un facteur de risque de récurrence. Ainsi, tel que mentionné par Beech et Fisher (2000), les agresseurs sexuels qui nient leur délit ne devraient plus être automatiquement exclus des programmes de traitement. En effet, il pourrait être plus bénéfique de garder ces agresseurs sexuels en traitement (ceux pour qui leur non-reconnaissance n'a pas d'impact négatif sur les autres participants du groupe) et de concentrer l'intervention sur d'autres aspects du traitement (par exemple, l'acquisition d'habiletés sociales et la gestion des émotions).

En ce qui concerne le modèle traditionnel de la prévention de la récurrence dans le cadre des traitements, les résultats indiquent qu'il s'avère inefficace afin de réduire les risques de récurrence (Marques et coll., 2005). Ainsi, d'autres recherches sont nécessaires afin d'élaborer des stratégies efficaces de prévention de la récurrence. Il est à noter qu'un modèle récent de la prévention de la récurrence, le *modèle d'auto-régulation*, a démontré une efficacité empirique (Ward, Bickley, Webster, Fisher, Beech et Eldrige, 2004, Webster, 2005). Ce modèle reflète davantage la variété des processus de passage à l'acte (Ward et Hudson, 1998). Il est possible que l'utilisation de ce modèle dans le cadre d'un traitement puisse apporter des résultats positifs.

Les limites

Il importe de souligner que la présente étude comporte des limites relativement à la procédure de collecte des données effectuée à partir des dossiers des participants. D'abord, les informations recueillies dépendent de la qualité des données présentes dans les dossiers. En effet, l'ensemble des informations provient des

rapports rédigés par les agents de programmes. Ces rapports décrivant la participation des sujets aux programmes ne sont pas rédigés uniformément, donc l'information disponible varie d'un rapport à l'autre et d'un agent de programmes à l'autre. Ainsi, l'information plus ou moins exhaustive aux dossiers fait en sorte qu'un nombre relativement important de valeurs manquantes se retrouve dans notre étude.

Les pistes de recherche future

Les résultats de la présente étude indiquent que la collaboration et la motivation au traitement sont en lien avec la récidive sexuelle et générale chez les agresseurs sexuels. Toutefois, dans le domaine de la délinquance sexuelle, ces aspects ont été très peu étudiés jusqu'à présent. Ainsi, dans le but d'élargir nos réflexions quant au lien existant entre la collaboration/motivation au traitement et la récidive chez les agresseurs sexuels, les résultats des travaux portant sur ces aspects avec d'autres populations seront présentés. En effet, de nombreuses recherches ont été réalisées sur la motivation en psychothérapie générale, en toxicomanie et en délinquance générale (Stewart et Cripps Picheca, 2001). Ainsi, il est possible de s'appuyer sur ces écrits afin de mieux comprendre la motivation chez les délinquants sexuels et de modifier nos approches actuelles afin d'offrir des interventions plus efficaces. Dans cette section, on abordera donc le lien entre, d'une part, la motivation et l'abandon du traitement et, d'autre part, le lien avec la récidive. Par la suite, les outils d'évaluation et les interventions disponibles visant à améliorer la motivation au traitement seront abordés. Nous verrons également les pratiques actuelles concernant l'augmentation de la motivation au traitement chez les délinquants en général. Finalement, à la lumière de l'information présentée, des pistes de recherche future sur la motivation au traitement chez les agresseurs sexuels seront proposées.

En psychothérapie générale, la motivation est un aspect crucial à considérer dans le cadre d'un traitement (Deci et Ryan, 1985) puisque le manque de motivation est l'un des principaux motifs d'abandon du traitement (Ryan, Plant et O'Malley, 1995). En effet, l'absence ou la faible motivation au traitement constitue une des caractéristiques principales des individus qui abandonnent prématurément les traitements. Dans leur étude portant sur l'abus d'alcool, Edwards et Rollnick (1997)

indiquent que les participants qui ont abandonné le traitement présentaient les caractéristiques suivantes : individus jeunes (20-30 ans), peu éduqués, ayant d'importants problèmes d'abus d'alcool, qui sont *peu motivés* et qui possèdent peu de ressources. On trouve des caractéristiques semblables chez les délinquants généraux. En effet, les résultats de l'étude de Nunes et Cortoni (2006) indiquent que les délinquants qui abandonnent le traitement sont : plus jeunes, présentent un risque élevé de récidive, ont des niveaux de risque statique supérieurs, ont plusieurs besoins criminogènes et *ont de plus faibles niveaux de motivation à l'égard de l'intervention*.

En plus d'être associée à des taux plus élevés d'abandon du traitement, la faible motivation a un impact direct sur les risques de rechute ou de récidive (Ryan, Plant et O'Malley, 1995). Stewart et Millson (1995) ont réalisé une étude auprès de délinquants sous responsabilité fédérale qui se trouvaient en liberté sous condition. Les résultats de leur étude indiquent que plus les délinquants étaient motivés à améliorer les facteurs criminogènes cernés dans leur plan de réinsertion sociale, mieux ils réussissaient leur remise en liberté (absence de récidive). En d'autres termes, les délinquants les plus motivés présentaient le taux de récidive le plus bas. Il semble donc que l'augmentation de la motivation est fondamentale puisqu'elle permet d'éviter l'abandon du traitement et par conséquent, permet la diminution du risque de récidive ou de rechute.

Si la motivation constitue un élément important relativement à la récidive et à la rechute, il importe donc de bien l'évaluer. Dans le domaine de la toxicomanie, Prochaska et DiClemente (1986) ont mis au point un questionnaire sur les stades du changement, le *Stages of Change Questionnaire*. Le *modèle transthéorique* du changement de Prochaska et DiClemente (1982) stipule que le changement de comportement est un processus qui comprend cinq stades : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien (Prochaska et DiClemente, 1982). Au premier stade, l'individu n'est pas motivé à modifier son comportement. Au second stade, l'individu est conscient du problème, mais n'a pas encore entamé de démarches de changement. Au troisième stade, l'individu planifie le changement. Au quatrième stade, l'individu a pris les moyens nécessaires au changement et il modifie

activement ses comportements. Finalement, au dernier stade, l'individu évite la rechute des comportements problématiques. Ce questionnaire permet d'évaluer le niveau de motivation de l'individu pour ensuite lui offrir des interventions adaptées.

Toujours dans le domaine de la toxicomanie, Rollnick, Heather, Gold et Hall (1992) ont également construit un questionnaire portant sur la motivation au changement. Le *Readiness to Change* comporte 12 questions qui reposent sur le *modèle transthéorique* de Prochaska et DiClemente (1982). Il est à noter que le questionnaire élaboré par Rollnick, Heather, Gold et Hall (1992) a été traduit en français en 1999 (Tétrault, Brochu, Courmoyer, Bergeron, Brunelle, Landry et Tremblay, 2007).

Dans le domaine de la délinquance en général, l'évaluation de la motivation peut s'effectuer au moyen du *Niveau de service-inventaire de gestion des cas* (NS-IGC) (Andrews, Bonta et Wormith, 2004). Le NS-IGC est un instrument d'évaluation du risque de récidive de quatrième génération qui contient désormais une section portant sur la réceptivité des délinquants au traitement. Le modèle de réceptivité comprend des facteurs internes et des facteurs externes qui facilitent les apprentissages ou qui leur nuisent (Andrews et Bonta, 2003). Les facteurs internes (facteurs liés à l'individu) réfèrent en grande partie à la motivation des délinquants à modifier leurs comportements problématiques. Les facteurs externes concernent les caractéristiques qui n'appartiennent pas au délinquant, par exemple, les caractéristiques du thérapeute. Selon le principe de réceptivité, il s'agit d'adapter l'intervention en fonction des aptitudes, du style d'apprentissage et du *niveau de motivation* de chaque délinquant (Andrews et Bonta, 2003).

Selon Tierney et McCabe (2004), en ce qui concerne l'évaluation de la motivation chez les agresseurs sexuels, le *Stages of Change Questionnaire* de Prochaska et DiClemente (1986) constituerait un outil valide et fidèle. D'autres mesures existent afin d'évaluer la motivation au changement chez les agresseurs sexuels. Toutefois, ces mesures ne déterminent pas uniquement la motivation au changement. En effet, il existe une échelle qui évalue l'acceptation de la responsabilité chez les délinquants sexuels (*Échelle de l'acceptation de la*

responsabilité du délinquant sexuel, SOARS) (Peacock, 2000) et qui contient une sous-échelle portant sur la motivation à changer. Une sous-échelle portant sur cet aspect est aussi incluse dans le *Goal Attainment Scaling* (GAS) (Hogue, 1994). Finalement, le *Violence Risk Scale: Sexual Offender version* (VRS:SO) (Olver, 2003) comprend également une section sur la motivation au changement.

Une fois l'évaluation réalisée, comment peut-on augmenter la motivation ? Il existe trois approches et techniques qui ont principalement été appliquées dans le domaine de la toxicomanie. Parmi ces techniques, on trouve les *interventions de courte durée*. Ce type d'intervention varie d'une à quatre rencontres de 10 à 60 minutes chacune (DiClemente, Bellino et Neavens, 1999). Miller et Rollnick (1991) ont trouvé six stratégies utilisées lors d'intervention de courte durée qui sont efficaces afin d'augmenter la motivation. Premièrement, les thérapeutes doivent donner une rétroaction de la situation au client de façon objective. Deuxièmement, les thérapeutes doivent rappeler au client sa liberté de choix, c'est-à-dire que la décision de changer son comportement lui revient. Troisièmement, les thérapeutes donnent des conseils au client afin de modifier ses comportements. Quatrièmement, les thérapeutes offrent différentes stratégies afin d'entraîner un changement. Cinquièmement, les thérapeutes doivent intervenir en démontrant de l'empathie pour le client. Sixièmement, les thérapeutes doivent favoriser le sentiment d'auto-efficacité chez les patients. Les interventions de courte durée seraient efficaces afin d'augmenter la motivation au changement (DiClemente, Bellino et Neavens, 1999).

L'*entrevue motivationnelle* est un style d'approche utilisé dans les interventions de courte durée. Le but de l'entrevue motivationnelle est d'amener le client à augmenter sa motivation intrinsèque en le guidant à prendre des décisions propres à réduire son ambivalence par rapport aux changements, et ce, au moyen de la relation aidé-aidant (Miller et Rollnick, 1991). Cette approche est de type directif et est centrée sur le client.

Finalement, la *thérapie de l'augmentation de la motivation* est une autre approche (DiClemente, Bellino et Neavens, 1999). Elle consiste en quatre sessions de traitement échelonnées sur 12 semaines. Le but de cette approche consiste à donner

une rétroaction au client sur sa situation, à l'aider à reconnaître l'ambivalence par rapport au changement, à préparer un plan d'action et à évaluer ses progrès. Cette approche recourt à l'entrevue motivationnelle ainsi qu'à d'autres stratégies des interventions de courte durée.

L'entrevue motivationnelle est de plus en plus utilisée comme technique afin de modifier les comportements problématiques (toxicomanie, tabagisme, comportements à risque de transmission de maladies) (Markland, Ryan, Tobin et Rollnick, 2005). Les résultats des études portant sur l'efficacité de cette technique indiquent un effet consistant et robuste (Markland, Ryan, Tobin et Rollnick, 2005). Toutefois, les écrits scientifiques sur l'efficacité de la technique de l'entrevue motivationnelle auprès de délinquants sont limités (Feldstein et Ginsburg, 2006). Mann et Rollnick (1996) ont appliqué cette technique auprès d'un délinquant sexuel qui refusait de participer à un programme de traitement. Ces auteurs concluent à l'efficacité de cette technique, car le sujet a accepté d'intégrer le programme de traitement. Ginsberg (2000, cité dans Stewart et Cripps Picheca, 2001), a appliqué la technique d'entrevue motivationnelle avec des délinquants présentant un problème d'abus d'alcool. Il semble que plus de recherches devront porter sur l'évaluation de l'entrevue motivationnelle utilisée auprès des délinquants.

Malgré le peu d'études portant sur l'application de l'entrevue motivationnelle avec des délinquants, on trouve dans les écrits scientifiques plusieurs recommandations quant à l'utilisation de cette technique auprès de cette clientèle (Feldstein et Ginsburg, 2006). Dans le domaine de la délinquance sexuelle, Mann (1996) a présenté un guide pratique pour l'utilisation de l'entrevue motivationnelle dans l'évaluation et le traitement des agresseurs sexuels. Birgden (2004) indique quant à elle que la technique de l'entrevue motivationnelle devrait être utilisée tout au long du processus judiciaire afin d'optimiser son impact sur les individus sous emprise judiciaire. Elle devrait donc être utilisée autant par les avocats de la défense, les juges et les agents correctionnels que les cliniciens. Nunes et Cortoni (2006) suggèrent d'offrir des programmes préparatoires aux délinquants à risque et à besoins

élevés afin d'augmenter leur niveau de motivation dans le but de réduire les taux d'abandon en traitement et, ainsi, de diminuer les risques de récidive.

Au-delà de ces recommandations, qu'en est-il de l'application concrète auprès des délinquants, des différentes techniques et approches visant à augmenter la motivation ? Au cours des dernières années, des programmes ont été mis en place au Canada, aux États-unis, au Royaume-Uni et en Suède afin de former les agents correctionnels à la technique d'entrevue motivationnelle (Feldstein et Ginsburg, 2006). Au Service correctionnel du Canada (SCC), les initiatives visant l'augmentation de la motivation comprennent la technique de l'entrevue motivationnelle combinée au modèle transthéorique du changement (Stewart et Cripps Picheca, 2001). Plus spécifiquement, tous les nouveaux programmes comprennent un volet visant l'augmentation de la motivation.

En somme, les écrits scientifiques sur la motivation au changement en psychothérapie générale et dans le domaine de la toxicomanie, fournissent des connaissances théoriques et empiriques qui pourraient être applicables aux délinquants sexuels. Des recherches futures auprès des délinquants sexuels sont toutefois nécessaires. Parmi les pistes de recherche future, notons d'abord la nécessité d'élaborer des outils d'évaluation de la motivation chez les agresseurs sexuels. À la lumière de la littérature, il n'existe effectivement pas d'outil d'évaluation portant uniquement sur la motivation au changement et conçus spécifiquement pour les agresseurs sexuels. En outre, d'un point de vue clinique, puisque la motivation est un concept dynamique (Barrett et coll., 2003 ; Tierney et McCabe, 2002), l'évaluation de cet aspect devrait être réalisée à plusieurs moments au cours de la peine d'incarcération des agresseurs sexuels (début de l'incarcération, prétraitement et post-traitement, moment du retour dans la collectivité) afin de modifier les interventions lors des périodes où la motivation est à la baisse.

Il serait également nécessaire d'étudier les caractéristiques individuelles liées à la motivation chez les agresseurs sexuels. En d'autres termes, vérifier s'il existe des traits distinctifs relativement au degré de motivation. À cet effet, on peut penser aux caractéristiques suivantes qui pourraient différencier les agresseurs sexuels quant à

leur motivation : le type d'agresseur sexuel, l'âge, les antécédents judiciaires et le niveau de scolarité. La découverte de caractéristiques particulières permettrait de concevoir des méthodes d'évaluation et d'intervention au sujet de la motivation. Dans le même ordre d'idées, il serait pertinent de réaliser des recherches afin de cerner les facteurs internes (par exemple, le niveau de détresse personnelle, la présence de fantasmes sexuelles déviantes) et les facteurs externes (par exemple, la pression sociale, la réprobation des autres détenus) liés au degré de motivation chez les agresseurs sexuels. En réduisant les facteurs internes et externes défavorables, on pourrait augmenter ou favoriser une meilleure motivation.

L'impact des crimes à caractère sexuel est important en termes de victimes et de coûts financiers. Il importe donc d'offrir des traitements efficaces afin de réduire les taux de récidive. Pour ce faire, il est essentiel de poursuivre les recherches afin de déterminer quels sont les facteurs associés à la réduction des risques de récidive. Il est possible de croire que la motivation au traitement compte parmi ces facteurs. En effet, les résultats de la présente étude et ceux qui viennent d'être présentés soulignent l'importance de la motivation au traitement dans la réduction des taux de récidive. Il s'avérerait donc nécessaire d'étudier davantage cet aspect avec un échantillon d'agresseurs sexuels.

Références

- Abel, G. C., & Rouleau, J. L. (1986). Sexual disorders. Dans G. Winokur & P. Clayton (Eds.), *The medical basis of psychiatry* (pp. 246-267). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Abel, G. C., Mittelman, M., Becker, J. V., Rathner, J., & Rouleau, J. (1988). Predicting child molester's response to treatment. Dans R. A. Prentky & V. L. Quinsey (Eds.), *Human sexual aggression: Current perspectives* (pp. 223-234). New York : New York Academy of Sciences.
- Abracen, J., & Looman, J. (2004). Issues in the treatment of sexual offenders recent developments and directions for the future research. *Agression and Violent Behaviour*, 9, 229-246.
- Alexander, M. A. (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11(2), 101-114.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2003). *Psychology of Criminal Conduct*. Cincinnati, OH: Anderson Publishing Co.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, S. J. (2004). *The Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI)*, Toronto, Multi-Health Systems.
- Association for the treatment of sexual abusers (2005). *Practice standards and guidelines for the evaluation, treatment and management of adult male sexual abusers*. Beaverton, OR: Author.
- Aubut, J. (1993). La prévention de la récidive : Une approche bio-psycho-sociale. Dans J. Aubut (Ed.), *Les agresseurs sexuels : Théorie, évaluation et traitement* (pp. 146-153). Montréal : Éditions de la Chenelière.
- Bakker L., Hudson, S., Wales, D., & Riley, D. (1998). The Kia Marama sex offender treatment program, document consulté le 7 juillet 2007 sur <http://www.corrections.govt.nz/public/research/effectiveness-treatment/kia-marama.html>.
- Barbaree, H. E. (1991). Dénier de la réalité et minimisation par les délinquants sexuels : Évaluation et résultats du traitement. *Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 3(4), 35-38.
- Barbaree, H. E. (1997). Evaluating treatment efficacy with sexual offenders: The insensitivity of recidivism studies to treatment effects. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9(2), 111-128.
- Barbaree, H. E. (2005). Psychopathy, treatment behavior, and recidivism : An extended follow-up of Seto and Barbaree. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(9), 1115-1131.

- Barbaree, H. E., Marshall, W. L., & Lanthier, R. D. (1979). Deviant sexual arousal in rapists. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 215-222.
- Barrett, M., Wilson, R. J., & Long, C. (2003). Measuring motivation to change in sexual offenders from institutional intake to community treatment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 269-283.
- Bates, A., Falshaw, L., Corbett, C., Patel, V., & Friendship, C. (2004). A follow-up study of sex offenders treated by Thames Valley Sex Offender Groupwork Programme, 1995-1999. *Journal of Sexual Aggression*, 10(1), 29-38.
- Beech, A. R. & Fisher, D. D. (2002). The rehabilitation of child sex offenders. *Australian Psychologist*, 37, 206-214.
- Birgden, A. (2004). Therapeutic jurisprudence and sex offenders: A psycho-legal approach to protection. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 351-364.
- Bradford, J. (2007). *The biomedical treatment of sexual sadism and associated conditions*. Document inédit, Université d'Ottawa.
- Brecher, E. M. (1978). *Treatment program for sex offenders*. National Institute of Law Washington, DC: Law Enforcement Assistance Administration, United States Department of Justice.
- Cabeen, C. W. & Coleman, J. C. (1961). Group therapy with sex offenders: Description and evaluation of a group therapy program in an institutional setting. *Journal of Clinical Psychology*, 17, 122-129.
- Cicchetti, D. V., & Allison, T. (1971). A new procedure for assessing reliability of scoring EEG sleep recordings. *American Journal of EEG Technology*, 11(3), 101-109.
- Centre d'aide aux victimes d'actes criminels, <http://www.cavac.qc.ca/>. Document consulté le 31 mars 2008.
- Collaborative Outcome Data Committee (2007). Sexual Offender Treatment Outcome Research: CODC Guidelines for Evaluation, Part 1, Introduction and Overview. User Report 2007-02. Ottawa: Public Safety Canada.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Cucherat, M. (2006). La lecture critique des méta-analyses. Document consulté le 31 mars 2006 sur ftp://ftp2.aams.org/aaems1/internat/lca/lecture_meta_lca_lyon.pdf.

- Cucherat, M., Boissel, J. P., & Leizorovicz, A. (1997). Manuel pratique de méta-analyse des essais thérapeutiques. Document consulté le 3 mars 2008 sur <http://www.spc.univ-lyon1.fr/livreMA/frame.htm>.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985) *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York : Plenum Press.
- Diclemente, C. C., Bellino, L., & Neavens, T. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research and Health*, 23 (2), 86-92.
- Dix, G. E. (1976). Differential processing of abnormal sex offenders. *Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science*, 67, 233-243.
- Doren, D. (2004). Toward a multidimensional model for sexual recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 835-856.
- Dowden, C., Antonowicz, D., & Andrews, D. A. (2003). The Effectiveness of Relapse Prevention With Offenders: A Meta-Analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(5), 516–528.
- Drieschner, K. H., Lammers, S. M. M., & Staak, C. P. F. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23, 1115-1137.
- Earls, C. M., & Castonguay, L. G. (1989). The evaluation of olfactory aversion for a bisexual pedophile with a single-case multiple baseline design. *Behavior Therapy*, 20, 137–146.
- Edwards, A. G., & Rollnick, S. (1997). Outcome studies of brief alcohol intervention in general practice: The problem of lost subjects. *Addiction*, 92 (12), 1699-1704.
- Feldstein, S. W. & Ginsburg, J. I. D. (2006). Motivational interviewing with dually diagnosed adolescents in juvenile justice settings. *Brief Treatment and Crisis Intervention, Oxford journal*, 6 (3), 218-233.
- Finkelhor, D., & Lewis, I. A. (1988). An epidemiologic approach to the study of child molestation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 528, 64-78.
- Fisher, D., Beech, A., & Browne, K. (2000). The effectiveness of relapse prevention training in a group of incarcerated child molesters. *Psychology, Crime & Law*, 6, 1-5.
- Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1973). The equivalence of weighted kappa and the intraclass correlation coefficient as measures of reliability. *Educational and Psychological Measurement*, 33, 613-619.

- Friendship, C., Mann, R., & Beech, A. (2003). Evaluation of a national prison-based treatment program for sexual offenders in England and Wales. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(7), 744-759.
- Friendship, C., & Thornton, D. (2001). Sexual reconviction for sexual offenders discharged from prison in England and Wales. *British Journal of Criminology*, 41, 285-292.
- Frisbie, L. V. (1958). The treated sex offender. *Federal Probation*, 22, 18-24.
- Furby, L., Weinrott, M. R., & Blackshaw, L. (1989). Sex offender recidivism: A review. *Psychological Bulletin*, 105 (1), 3-30.
- Gagné, P. (1993). Le traitement hormonal. Dans Aubut, J. (Eds), *Les agresseurs sexuels : théories, évaluation et traitement*, (pp. 223-234). Les Éditions de la Chenelière, Montréal.
- Gannon, M., Mihorean, K., Beattie, K., Taylor-Butts, A. & Kong, R. (2005). Criminal Justice Indicators, Statistics Canada. Document consulté le 30 novembre 2007 sur <http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection-R/Statcan/85-227-XIE/0000585-227-XIE.pdf>.
- George, W. H., & Marlatt, G. A. (1989). Introduction. Dans D. R. Laws (Eds.), *Relapse prevention with sex offenders*, (pp. 1-32). The Guilford Press: New York.
- Glaser, B. (2003). Therapeutic jurisprudence: An ethical paradigm for therapists in sex offender treatment programs. *Western Criminology Review*, 4, 143-154.
- Gordon A., & Porporino F. J. (1990). Le traitement des délinquants sexuels : l'approche du Canada, Direction de la recherche et des statistiques, Service correctionnel du Canada, Rapport de recherche B-05, Document consulté le 31 mars 2008 sur <http://www.csc-scc.ca>.
- Greenberg, D. M., & Bradford, J. M., W. (1997). Treatment of the paraphilic disorders: A review of the role of the selective serotonin reuptake inhibitors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9 (4), 349-360.
- Grossman, L. S. (1985). Research directions in the evaluation and treatment of sex offenders: An analysis. *Behavioral Sciences and the Law*, 3 (4), 421-440.
- Grossman, L. S., Martis, B., & Fichtner, C. (1999). Are sex offenders treatable? A research overview. *Psychiatric Services*, 50(3), 349-361.
- Hall, G. C. N. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 802-809.
- Hall, G. C. N. (1996). *Theory-based assessment, treatment, and prevention of sexual aggression*, Oxford University Press: New York.

- Hanson, R. K. (1997). How to know what works with sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9(2), 129-145.
- Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse : A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348-362.
- Hanson, R. K., & Gidycz, C. A. (1993). Evaluation of a sexual assault prevention program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1046-1052.
- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W. D., & Quinsey, V. L., et al. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 14 (2), 169-194.
- Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. (2000). Where should we intervene ? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 27(1), 6-35.
- Hanson, R. K., Harris, A. J. R., Scott, T.-L., & Helmus, L. (2007). *Évaluation du risque chez les délinquants sexuels soumis à une surveillance dans la collectivité : le Projet de surveillance dynamique*. Ottawa, Sécurité publique Canada, 55 p. (Recherche sur les questions correctionnelles : Rapport pour spécialistes 2007-05).
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders : A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154-1163.
- Hanson, R. K., & Thornton, D. (2000). Improving risk assessments for sex offenders: A comparison of three actuarial scales. *Law and Human Behavior*, 24(1), 119-136.
- Harkins, L., & Beech, A. (2007). Measurement of the effectiveness of sex offender treatment. *Agression and Violent Behaviour*, 12, 36-44.
- Harris, G. T., Rice, M. E. & Cormier, C. A. (1991). Psychopathy and violent recidivism. *Law and Human Behavior*, 15, 625-637.
- Hedderman, C. & Sugg, D. (1996). Does treating sex offenders reduce re-offending?. *Home Office research and statistics directorate, Research Findings No. 45*.
- Hogue, T. (1994). Goal attainment scaling: A measure of clinical impact and risk assessment. *Issues in Criminological and Legal Psychology*, 21, 96-102.
- Justice Québec (2007). *Termes juridiques*. Documents consulté le 31 mars 2008 sur <http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/publications/generale/termes/nego-peine.htm>

- Keenan, T., & Ward, T. (2000). A theory of mind perspective on cognitive, affective, and intimacy deficits in child sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12, 49-60.
- Kennedy, S. (2000). Réceptivité au traitement: Réduction de la récidive par des traitements plus efficaces. *Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 12(2), 1-5.
- Kenworthy, T., Adams, C., Bilby, C., Brooks-Gordon, B., & Fenton, M. (2004). Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending (Review). *The Cochrane Collaboration*, 1-49.
- Kleist, P. (2006). *Randomisé. Contrôlé. En double aveugle. Pourquoi ?*. Document consulté le 31 mars 2008 sur http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_f/2006/2006-02/2006-02-330.PDF.
- Knopp, F. H., Freeman-Logo, R. E., & Stevenson, W. F. (1992). *Nationwide survey of juvenile & adult sex offender treatment programs & models*. Orwell, VT: Safer Society Press.
- Kong, R. H., Johnson, S., Beattie, S., & Cardillo, A. (2003). Les infractions sexuelles au Canada. *Juristat*, produit n° 85-002 au catalogue de Statistique Canada, 23 (6).
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 150-174.
- Langton, C. M., Barbaree, H. E., Harkins, L., Arenovich, T., McNamee, J., Peacock, E. J., Dalton, A., Hansen, K., T., Luong, D. & Macron, H. (2008). Denial and minimization among sexual offenders: Posttreatment Presentation and Association With Sexual Recidivism. *Criminal Justice and Behaviour*, 35 (1), 69-98.
- Laws, D. R. (1999). Relapse prevention: the state of the art. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(3), 285-302.
- Laws, D. R. (2000). Relapse prevention: Reconceptualization and revision. Dans Hollin, C.R. (Eds.) *Handbook of offender assessment and treatment*, Chichester, John Wiley and sons.
- Laws, D. R., Hudson, S. M., & Ward, T. (Eds.). (2000). *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Laws, D. R., & Marshall, W. L. (2003). A brief history of behavioural and cognitive behavioural approaches to sexual offender treatment: Part 1. Early developments. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(2), 75-92.
- Levenson, J. S., & Macgowan, M. J. (2004). Engagement, denial and treatment progress among sex offenders in group therapy. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16(1), 49-63.
- Looman, J., Abracen, J., & Nicholaichuk, T. P. (2000). Recidivism among treated sexual offenders and matched controls. *Journal of Interpersonal violence*, 15(3), 279-290.
- Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.
- Lund, C. A. (2000). Predictors of sexual recidivism: Did meta-analysis clarify the role and relevance of denial? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12(4), 275-288.
- Lussier, P., & Proulx, J. (2001). Le traitement et l'évaluation des agresseurs sexuels : Perspectives nord-américaines et européennes. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 1, 69-87.
- Maletzky, B. M. (1980). Self referred versus court-referred sexually deviant patients : Success with assisted covert sensitization. *Behavior Therapy*, 11, 306-314.
- Maletzky, B. M., Tolan, A., & McFarland, B. (2006). The Oregon depo-provera program : A five-year follow-up. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18 (3), 303-316.
- Mann, R. E. (Ed.). (1996). *Motivational interviewing with sex offenders: A practice manual*. Hull, England: NOTA.
- Mann, R., & Rollnick, S. (1996). Motivational interviewing with sex offender who believed he was innocent. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24 (2), 127-134.
- Mann, H. B., & Whitney, D. R. (1947). On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *Annals of Mathematical Statistics*, 18, 50-60.
- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(6), 811-831.

- Marques, J., Nelson, C., West, M. A., & Day, D. (1994). The relationship between treatment goals and recidivism among child molesters. *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 577-588.
- Marques, J., Wiederanders, M., Day, D. M., Nelson, C., & Ommeren, A. V. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's sex offender treatment and evaluation project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(1), 79-106.
- Marshall, W. L. (1971). A combined treatment method for certain sexual deviations. *Behavior Research and Therapy*, 9, 293-294.
- Marshall, W. L. (1973). The modification of sexual fantasies: A combined treatment approach to the reduction of deviant sexual behaviour. *Behavior Research and Therapy*, 11, 557-564.
- Marshall, W. L. (1979). Treatment of bisexual pedophilia by a biofeedback-assisted self-control procedure. *Behavior Research and Therapy*, 18, 207-211.
- Marshall, W. L. (1993). The treatment of sex offenders. What does the outcome data tell us? A reply to Quinsey, Rice, Harris and Lalumière. *Journal of Interpersonal Violence*, 8 (4), 524-530.
- Marshall, W. L. (1994). Treatment effects on denial and minimization in incarcerated sex offenders. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 559-564.
- Marshall, W. L. (1996). Assessment, treatment, and theorizing about sex offenders, developments during the past twenty years and future directions. *Criminal Justice and Behaviour*, 23 (1), 162-199.
- Marshall, W. L., & Anderson, D. (1996). An evaluation of the benefits of relapse prevention programs with sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8 (3), 209-221.
- Marshall, W. L., & Anderson, D. (2000). Do relapse prevention components enhance treatment effectiveness? Dans D. R. Laws, S. M. Hudson et T. Ward (Eds.). *Remaking relapse prevention with sex offenders, a sourcebook*, (pp. 39-55). Sage publications, Inc. : California.
- Marshall, W. L., Anderson, D. & Fernandez, Y. M. (1999). *Cognitive behavioral treatment of sexual offenders*. Wiley et sons: Canada.
- Marshall, W. L. & Barbaree, H. E. (1988). The long-term evaluation of a behavioural treatment program for child molesters. *Behaviour Research and Therapy*, 26(6), 499-511.

- Marshall, W. L. & Barbaree, H. E. (1990). Outcome of comprehensive cognitive-behavioral treatment programs, Dans Marshall, W. L., Laws, D. R. & Barbaree, H. E. (Eds.), *Handbook of sexual assault, Issues, theories, and treatment of the offender*, (pp. 363-382). New York : Plenum Press.
- Marshall, W.L., Fernandez, Y.M., Hudson, S.M., & Ward, T. (1998). *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders*. New York: Plenum.
- Marshall, W. L., Hudson, S. M., Jones, R., & Fernandez, Y. M. (1995). Empathy in sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 15, 99-113.
- Marshall, W. L., Jones, R., Ward, T., Johnston, P. & Barbaree, H. E. (1991). Treatment outcome with sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 11, 465-485.
- Marshall, W. L., & Laws, D. R. (2003). A brief history of behavioural and cognitive behavioural approaches to sexual offender treatment: Part 2. The modern era. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(2), 93-120.
- Marshall, L. E., & Marshall, W. L. (2007a). Preparatory programs for sexual offender treatment. Dans Prescott, D. S. (2007). *Knowledge and practice, challenges in the treatment and supervision of sexual abusers*, (pp. 108-123). Wood and Barnes publishing : Oklahoma city.
- Marshall, W. L., & Marshall, L. E. (2007b). The Utility of the Random Controlled Trial for evaluating sexual offender treatment: The gold standard or an inappropriate strategy?. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 19 (2), 175-191.
- Marshall, W. L., & Pithers, W. D. (1994). A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. *Criminal Justice and Behaviour*, 21, 10-27.
- Marshall, W. L., & Serran, G. A. (2000). Improving the effectiveness of sexual offender treatment. *Trauma, Violence and Abuse*, 1(3), 203-222.
- Marshall, W. L., Thornton, D., Marshall, L. E., Fernandez, Y. M., & Mann, R. (2001). Treatment of sexual offenders who are in categorical denial. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 205-215.
- McConaghy, N. (1999). Methodological issues concerning evaluation of treatment for sexual offenders: randomization, treatment dropouts, untreated controls, and within-treatment studies. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11 (3), 183-193.
- McConaghy, N., Blaszczyński, A., & Kidson, W. (1988). Treatment of sex offenders with imaginal desensitization and/or medroxyprogesterone. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 199-206.

- McGrath, R.J., Cumming, G.F., & Burchard, B.L. (2003). *Current practices and trends in sexual abuser management: The Safer Society 2002 Nationwide Survey*. Brandon, VT: Safer Society.
- McGrath, R. J., Hoke, S. E., & Vojtisek, J. E. (1998). Cognitive-behavioral treatment of sex offenders: A treatment comparison and long-term follow-up study. *Criminal Justice and Behaviour*, 25 (2), 203-225.
- McGuire, R. J., Carlisle, J. M., & Young, B. G. (1965). Sexual deviations as conditioned behavior: A hypothesis. *Behavior Research and Therapy*, 2, 185-190.
- McKibben, A., Proulx, J., & Lussier, P. (2001). Sexual aggressors: Perceptions of effectiveness on strategies to cope with negative emotions and deviant sexual fantasies. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 257-273.
- Meyer, W. J., & Cole, C. M. (1997). Physical and chemical castration of sex offenders: A review. *Journal of Offender Rehabilitation*, 25, 1-18.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press.
- Miner, M. H. (1997). How can we conduct treatment outcome research? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9 (2), 95-110.
- Murphy, W. D. (1990). *Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders*, Dans W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment of the offender* (pp. 331-340). New York: Plenum Press.
- Nicholaichuk, T., Gordon, A., Gu, D., & Wong, S. (2000). Outcome of an institutional sexual offender treatment program: a comparison between treated and matched untreated offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12(2), 139-153.
- Nunes, L. K., & Cortoni, F. (2006). L'hétérogénéité des délinquants ayant abandonné leur traitement, Rapport de recherche (R-176), Service correctionnel du Canada, Document consulté le 31 mars 2008 sur <http://www.csc-scc.gc.ca/>.
- Nunes, L. K., Hanson, K., Firestone, P., Moulden, H. M., Greenberg, D. M., & Bradford, J. M. (2007). Denial Predicts Recidivism for Some Sexual Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 19, 91-116.
- Olver, M. (2003). *Development and validation of the Violence Risk Scale-Sexual Offender version (VRS-SO) and its relationship to psychopathy and treatment attrition*. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Saskatchewan, Saskatoon.

- Pacht, A. R., Halleck, S. L., & Ehrmann, J. C. (1962). Diagnosis and treatment of the sexual offender: A nine year study. *American Journal of Psychiatry*, 118, 802–808.
- Peacock, E. J. (2000, novembre). Measuring readiness for sex offender treatment. Document présenté à l'*Annual Research and Treatment Conference de l'Association for the Treatment of Sexual Abusers*, San Diego, CA.
- Pellerin, B., Proulx, J., Ouimet, M., Paradis, Y., McKibben, A., & Aubut, J. (1996). Étude de la récidive post-traitement chez les agresseurs sexuels judiciairisés. *Criminologie*, 29(1), 85-108.
- Peters, J. J., Pedigo, J. M., Steg, V., & McKenna, J. J. (1968). Group psychotherapy of the sex offender. *Federal Probation*, 32, 41–46.
- Pithers, W. (1999). Empathy: definition, enhancement, and relevance to the treatment of sexual abusers. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 257–284.
- Pithers, W. D., Marques, J. K., Gibat, C. C., & Marlatt, G. A. (1983). Relapse prevention with sexual aggressives : A self-control model of treatment and maintenance change. Dans J. G. Greer & I. R. Stuart (dir.), *The Sexual Aggressor : Current Perspectives on Treatment*, (pp. 214-239). New York : Van Nostrand Reinhold.
- Polaschek, D. L. L. (2003). The classification of sex offenders. Dans T. Ward and C. A. Stewart (Eds.), *Sexual Deviance: Issues and Controversies*, (pp. 21-44). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Prentky, R. A. (1997). Arousal reduction in sexual offenders: A review of antiandrogen interventions. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9 (4), 335-347.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. Dans W. R. Miller, & N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors: Processes of change*, (pp. 3–27). New York: Plenum Press.
- Proulx, J., Tardif, M., Lamoureux, B., & Lussier, P. (2000). How does recidivism risk assessment predict survival? Dans Laws, R.D., Hudson, S. M. & Ward, T. (Eds.) *Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders: A Sourcebook*, (pp. 466-484). Thousand Oaks, Ca: Sage Publications.
- Quinsey, V. L., Chaplin, T. C. & Carrigan, W. F. (1980). Biofeedback and signalled punishment in the modification of inappropriate sexual age preferences. *Behaviour Therapy*, 11, 567-576

- Quinsey, V., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1998). *Violent offenders : Appraising and managing risk*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Lalumiere, M. L. (1993). Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 512-523.
- Quinsey, V. L., Khanna, A., & Malcolm, P. B. (1998). A retrospective evaluation of the regional treatment centre sex offender treatment program. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(5), 621-644.
- Rice, M. E., & Harris, G. (2003). The size and the sign of treatment effects in sex offender therapy, *Annals New York Academy of sciences*, 989, 428-440.
- Rice, M. E., Harris, G. T., & Quinsey, V. (1990). A follow-up of rapists assessed in a maximum-security psychiatric facility. *Journal of Interpersonal Violence*, 5(4), 435-448.
- Rice, M. E., Quinsey, V. L., & Harris, G. T. (1991). Sexual recidivism among child molesters released from a maximum security psychiatric institution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (3), 381-386.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., & Hall, W. (1992). Development of a Short "Readiness to Change" Questionnaire for Use in Brief Opportunistic Interventions. *British Journal of Addiction*, 87, 743-754.
- Romero. J. J., & Williams. L. M. (1983). Group psychotherapy and intensive probation supervision with sex offenders-A comparative study. *Federal Probation*, 47, 36-42.
- Rösler, A., & Witztum, E. (2000). Pharmacotherapy of paraphilias in the next millennium. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 43-56.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivation for alcohol treatment: Relations with patients characteristics, treatment involment, and dropout. *Addictive Behaviours*, 20 (3), 279-297.
- Sawyer, S., & Pettman, P. (2006). Do clients retain treatment concepts? An assessment of post treatment adjustment of adult sex offenders. *Sexual Offender Treatment*, 1, 1-15.
- Seager, J. A., Jellicoe, D., & Dhaliwal, G. K. (2004). Refusers, dropouts, and completers : Measuring sex offender treatment efficacy. *Interpersonal Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48(5), 600-612.
- Sécurité publique Canada (2007). *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*,

- Rapports et manuels (2007-06), Document consulté le 31 mars 2008 sur http://www.securitepublique.gc.ca/res/cor/rep/risk_need_200706-fra.aspx#a4
- Service correctionnel du Canada (1991). Profil des délinquants sexuels sous juridiction fédérale, *Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 3(4).
- Service correctionnel du Canada (2007). *Programmes pour délinquants sexuels*. Ottawa : Service correctionnel du Canada. Document consulté le 20 mars 2008 sur <http://www.csc-scc.gc.ca/>.
- Service correctionnel du Canada (1996). *Normes et lignes directrices relatives à la prestation de services aux délinquants sexuels*. Ottawa : Service correctionnel du Canada. Document consulté le 7 juillet mars 2007 sur <http://www.csc-scc.gc.ca/>.
- Seto, M. C., & Barbaree, H. E. (1999). Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 1235-1248.
- Simkins, L., Ward, W., Bowman, S., & Rinck, C.M. (1989). The Multiphasic Sex Inventory: Diagnosis and prediction of treatment response in child sexual abusers. *Annals of Sex Research*, 2, 205-226.
- Smallbone, S. W., Wheaton, J., & Hourigan, D. (2003). Trait empathy and criminal versatility in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 49-60.
- St-Yves, M., Proulx, J. & McKibben, A. (1994). *Questionnaire informatisé sur les délinquants sexuels*. Document inédit, Service correctionnel du Canada.
- Statistique Canada (2005). *Services correctionnels pour adultes au Canada, 2003-2004*, Centre canadien de la statistique juridique, No 85-211-XIF au catalogue, 61 p.
- Stewart, L., & Cripps Picheca, J. (2001). Augmenter la motivation des délinquants à l'égard des programmes, *Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 13(1), 1-3.
- Stewart, L., & Millson, W. A. (1995). La motivation des délinquants à l'égard du traitement comme facteur de réceptivité, *Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 7(3).
- Studer, L. H., & Reddon, J. R. (1998). Treatment may change risk prediction for sexual offenders. *Sexual Abuse: A journal of Research and Treatment*, 10(3), 175-181.
- Stürup, G. K. (1972). Castration : The total treatment. Dans Resnick H. L. P. & Wolfgang, M. E. (Eds.), *Sexual behaviors: social, clinical, and legal aspects*, (pp. 361-382). Little, Brown and Company: Boston.

- Tétrault, M., Brochu, S., Cournoyer, L.-G., Bergeron, J., Brunelle, N., Landry, M., & Tremblay, J. (2007). La persévérance en traitement des hommes toxicomanes judiciairisés : Un problème de motivation? *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 60, 41-54.
- Tierney, D. W., & McCabe, M. P. (2002). Motivation for behavior change among sex offenders: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 22, 113–129.
- Tierney, D. W., & McCabe, M. P. (2004). The assessment of motivation for behaviour change among sex offenders against children: An investigation of the utility of the Stages of Change Questionnaire. *Journal of Sexual Aggression*, 10(2), 237–249.
- Ward, T., Bickley, J., Webster, S. D., Fisher, D., Beech, A., & Eldrige, H. (2004). *The self-regulation model of the offence and relapse process: A manual: vol I: Assessment*. Victoria, BC: Pacific Psychological Assessment Corporation.
- Ward, T., Day, A., Howells, K., & Birgden, A. (2004). The multifactor offender readiness model. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 645-673.
- Ward, T., & Hudson, S. M. (1998). A model of the relapse process in sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 400-425.
- Ward, T., & Hudson, S. M. (2000). A self-regulation model of relapse prevention. Dans Laws, D. R., Hudson, S. M., & Ward, T. (Eds.), *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook* (pp. 79-101). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Webster, S. D. (2005). Pathways to sexual offense recidivism following treatment: An examination of the Ward and Hudson self-regulation model of relapse. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, (10), 1175-1196.
- Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1990). The characteristics of incestuous fathers: A review of recent studies. Dans Marshall, W. L., Laws, D. R. & Barbaree, H. E. (Eds.), *Handbook of sexual assault, Issues, theories, and treatment of the offender*, (pp. 231-255). New York: Plenum Press.
- Wong, S., Olver, M. E., Nicholaichuk, T. P., & Gordon, A. (2004). *The Violence Risk Scale: Sexual Offender Version (VRS:SO)*. Saskatoon, Canada: Regional Psychiatric Centre and University of Saskatchewan.
- Wood, R. M., Grossman, L. S., & Fichtner, C. G. (2000). Psychological assessment, treatment, and outcome with sex offenders, *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 23-41.

Annexe

Échelles d'implication en traitement

*Annexe:**Échelle d'implication en traitement*

<i>Échelles</i>	<i>La consistance interne (Alpha de Cronbach)</i>	<i>Les items</i>
La reconnaissance des faits	Alpha = .77	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance du délit • Reconnaissance de la responsabilité • Reconnaissance des conséquences pour la victime
La connaissance des stratégies de prévention de la récidive	Alpha = .87	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance du cycle d'agression • Connaissance des situations à risque de récidive • Connaissance des stratégies de prévention de la récidive
La collaboration / motivation en traitement	Alpha = .81	<ul style="list-style-type: none"> • La participation dans le groupe de traitement • La réalisation des devoirs demandés • Le partage des opinions et du vécu personnel • Le respect des autres participants